

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado

Comparación de la eficacia de intervenciones psicológicas convencionales, de reciente aplicación y no presenciales, dirigidas a incrementar el bienestar, así como disminuir la sintomatología depresiva en cuidadores de personas con algún tipo de demencia.

Tesis sometida a la consideración de la comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Sustentante
Lic. Esteban Víquez Lara

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2017

Dedicatoria

Quisiera dedicar este trabajo a mi familia: mi madre Elsie, mi padre Ramón, mis hermanos José Daniel y Stephanie, mi abuela Yolanda, mi tío Mainor y mi esposa Karol. Todos me han mostrado su apoyo y comprensión durante estos dos años de residencia, proceso que ha sido desgastante, pero a la vez una gran experiencia profesional y humana.

Quiero darle un reconocimiento especial a mi esposa Karol, quien además de ser mi mejor amiga, compañera de vida y residencia, ha sido sobre todo mi soporte. Juntos hemos podido alcanzar esta meta, cómo una de las tantas que ya hemos alcanzado y que nos resta por alcanzar.

Finalmente, pero no menos importante, quiero agradecer a Dios por facilitarme la oportunidad de asumir esta experiencia y, a pesar de todas las adversidades, salir victorioso de ella.

Agradecimientos

En las siguientes líneas realizo de manera puntual mis agradecimientos:

- A Dios por darme la fuerza y la capacidad para seguir adelante.
- A mi familia, sin ellos no sería la persona que soy hoy.
- A mis queridos compañeros de residencia: Maribelle, Nathalie y Diego, por las risas, lágrimas, alegrías, frustraciones y cada uno de esos momentos que compartimos durante estos dos años.
- A mi esposa Karol por estar ahí en todo momento y seguir caminando conmigo en busca de nuevas metas y sueños en esta aventura llamada vida.
- A todos los supervisores y docentes del posgrado que ayudaron de alguna u otra manera en mi formación profesional.
- A Alfonso Villalobos quien colaboró en la revisión de este trabajo.
- A todos y cada uno de los pacientes que he visto a lo largo de la residencia, ellos fueron también grandes maestros de quienes pude aprender muchas cosas tanto a nivel personal como profesional. Especialmente aprendí el potencial que cada uno de nosotros tiene para cambiar, a pesar de las adversidades -eso que los psicólogos llamamos *resiliencia*-.
- Y finalmente, a todas las personas que de alguna u otra forma estuvieron para mí en los momentos clave de mi vida, pese a que tal vez ni ellos ni yo nos pudimos percatar de manera consciente de que eso estaba pasando.

Hoja de aprobación

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrados en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica”

Licda. Karen Quesada Retana

Coordinadora Nacional

Sistema de Estudios de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

MSc. Alfonso Villalobos Pérez

Director de Tesis

Lic. Esteban Víquez Lara

Candidato.

Tabla de Contenido

Resumen.....	vii
Lista de Tablas.....	viii
Lista de Figuras.....	ix
CAPÍTULO I. Introducción y Justificación.....	01
1.1 Introducción.....	02
1.2 Justificación.....	03
CAPÍTULO II. Marco teórico.....	05
2.1. Envejecimiento poblacional y cambios demográficos.....	06
2.2. Conceptualización de Demencia.....	12
2.3. Situación epidemiológica del síndrome demencial en adultos mayores.....	15
2.4. Carga del cuidado, consecuencias en los cuidadores	18
CAPÍTULO III. Problema y objetivos.....	22
3.1. Problema de investigación.....	23
3.2. Objetivo general.....	23
3.3. Objetivos específicos.....	24
CAPÍTULO IV. Metodología.....	25
4.1. Estrategia metodológica.....	26
4.2. Población y muestra.....	27
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
4.4. Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados.....	28

CAPÍTULO V. Resultados.....	31
5.1. Resultados Generales.....	32
5.2. Resultados de revisiones sistemáticas.....	35
5.3. Resultados de intervenciones tradicionales.....	39
5.4. Resultados de intervenciones de reciente aplicación.....	44
5.5. Resultados de intervenciones no presenciales.....	49
CAPÍTULO VI. Discusión.....	56
6.1. Discusión.....	57
CAPÍTULO VII. Conclusiones y Recomendaciones	66
7.1. Discusión.....	67
7.2 Recomendaciones	70
CAPÍTULO VIII. Referencias bibliográficas.....	71
8.1. Referencias bibliográficas	72

Resumen

En la actualidad los síndromes demenciales presentan un incremento exponencial a nivel mundial, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública. Nuestro país no es la excepción a este fenómeno, según datos del CONAPAM (2014) sólo en las demencias tipo Alzheimer se estima un incremento del 433% para el 2050. Esto es preocupante especialmente si se piensa en el costo económico que implica para nuestra sociedad, y el deterioro en la calidad de vida que pueden experimentar los pacientes, así como sus cuidadores.

Los cuidadores de personas con demencia están especialmente expuestos a altos niveles de estrés, asociados a las funciones de cuidado. Esto los hace más vulnerables que otras poblaciones a presentar patologías físicas y emocionales importantes.

Por esa razón, en este estudio se pretende realizar una revisión sistemática donde se pueda analizar la eficacia de distintos tipos de tratamiento que buscan disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar subjetivo de los cuidadores.

A partir de los distintos filtros se obtuvo una muestra de 30 artículos que fueron analizados en 4 categorías distintas: revisiones sistemáticas, intervenciones tradicionales, de reciente aplicación y no presenciales. Es importante señalar que todas las intervenciones poseen beneficios para los cuidadores, aunque los mismos se expresan de manera distinta. No obstante, debido a la gran heterogeneidad de los estudios (en cuanto a los tratamientos aplicados, las variables sobre las que se pretendía actuar y los instrumentos de medición) no fue posible comparar de manera cuantitativa el efecto de cada tratamiento en los cuidadores.

Lista de Tablas

Tabla 1. Artículos Seleccionados	32
Tabla 2. Resultados de revisiones sistemáticas	35
Tabla 3. Resultados de intervenciones tradicionales.....	40
Tabla 4. Resultados de intervenciones de reciente aplicación.....	44
Tabla 5. Resultados de intervenciones no presenciales.....	49

Lista de Figuras

Figura 1. Formulación preguntas PICO	23
Figura 2. Diagrama de flujo de referencias	30

CAPÍTULO I

Introducción y Justificación

1.1 Introducción

En la actualidad, alrededor del mundo se ha venido presentando un envejecimiento poblacional, con ello se ha dado un incremento de las patologías más características de edades avanzadas tanto físicas, mentales y comportamentales, tal como lo indican Llibre, Guerra y Miniet (2008). Dentro de las enfermedades mentales más recurrentes que enfrenta esta población se encuentran los Síndromes Demenciales, los cuales implican un gran impacto a nivel económico y social, no solo para la persona enferma, sino también a sus familiares o personas cercanas que se encargan de su cuidado directo, según señala Cerquera, Pabón y Uribe (2012).

Existen distintas iniciativas para el diagnóstico temprano, abordaje y tratamiento de personas con demencia, los cuales, a pesar de ser una enfermedad crónica, han implicado una mejora significativa en su calidad. No obstante, el trabajo con los cuidadores de estos pacientes parece haber quedado rezagado, a pesar de ser un elemento fundamental que debe considerarse al enfrentar esta problemática.

Precisamente por la relevancia del tema en cuestión, se decide realizar el presente trabajo, en el cual se llevó a cabo una revisión sistemática donde se buscó: 1) identificar cuáles han sido las intervenciones psicológicas que se han desarrollado para el abordaje de esta población, y 2) comparar la efectividad de las intervenciones psicológicas tradicionales, en relación con las intervenciones psicológicas de reciente aplicación y las no presenciales.

1.2 Justificación

El cambio demográfico y generacional que viene experimentando la humanidad en los últimos años, ha planteado distintos retos para los sistemas de salud debido al incremento de las patologías más relacionadas con una edad avanzada. Claro que nuestro país no es la excepción a esta regla, ya que, por ejemplo, datos del CONAPAM (2013), señalan que para el 2035 tendremos el doble de población adulta mayor que en la actualidad.

Una de las patologías más incapacitantes en edades avanzadas son los síndromes demenciales. Estas patologías presentan etiologías distintas, aunque todas tienen como consecuencia alteraciones crónicas a nivel cognitivo, emocional y comportamental que van a implicar un detrimento significativo en su calidad de vida, tal como señala Cerquera, Pabón y Uribe (2012).

Los cambios antes descritos no solo afectan al paciente que presenta demencia, sino también a sus seres queridos, ya que implica un cambio drástico de la dinámica familiar. Estos cambios suponen para el cuidador o cuidadora no profesional, someterse a una situación de estrés crónico con repercusiones importantes en su estado físico y emocional (Fernández y Crespo, 2011). Lo anterior puede provocar, según los mismos autores, la manifestación de sintomatología ansiosa, depresiva, elevados niveles de ira, menores niveles de bienestar, pobre autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune, entre otros.

Como se puede observar, las repercusiones negativas asociadas al cuidado de personas con algún síndrome demencial son significativas. Pese a esto, hasta hace pocos años se

han comenzado a estudiar las implicaciones negativas del desgaste asociado al cuidado, tanto en los cuidadores como en las personas que reciben sus atenciones.

Por ejemplo, se ha visto que el desgaste incluso podría implicar negligencia en el cuidado, mientras que un alto nivel de bienestar en los cuidadores se asocia a una mejoría en la calidad de vida tanto de ellos mismos como en las personas que son sujetos de sus cuidados. Parafraseando las palabras de Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero, y Blanco (2014), al bienestar subjetivo de los cuidadores se asocia una mejora sustancial de las funciones del cuidado.

Precisamente por esta razón es que se hace necesario identificar cuáles han sido las distintas estrategias a nivel psicológico que se han desarrollado para abordar esta problemática, comparando la eficacia de las mismas. Los resultados de esta revisión sistemática, precisamente, sirven como guía a los profesionales de psicología para identificar las estrategias que han demostrado mayor eficacia en el abordaje de esta población.

CAPÍTULO II
Marco Teórico.

2.1 Envejecimiento poblacional y cambios demográficos

Trabajar con personas adultas mayores se ha vuelto, en los últimos años, una tarea indispensable del quehacer inherente de los profesionales de la salud, no solo por el respeto e importancia que esta población posee a nivel social, sino también debido al gran cambio demográfico que se viene gestando desde hace ya bastante tiempo alrededor del mundo. Precisamente la OMS (2015) indica que una de las razones por las cuales el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave, es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en la población mundial.

Dicho aumento se debe principalmente a dos factores clave según la OMS (2015): en primer lugar, un incremento de la esperanza de vida; y, en segundo lugar, el decremento de la natalidad. Estos factores han estado cada vez más vigentes alrededor del mundo, por el aumento en las condiciones de salud, así como los cambios educativos y culturales que se han dado.

Costa Rica no ha sido la excepción de dicho proceso, incluso podría decirse que este cambio se está dando más aceleradamente en nuestro país que en otras latitudes de Centroamérica. Según la OPS. MINSA y CONAPAM (2004), lo anterior se presenta porque, aunque nuestro país pertenece al tercer mundo, posee un sistema de salud y educación pública que podría compararse con los países de primer mundo, lo cual incrementa en gran medida la esperanza de vida y el decremento de la natalidad.

Estos dos elementos, junto al desarrollo económico de nuestro país, son los responsables de que Costa Rica se haya transformado demográficamente en los últimos

cincuenta años. Según datos del CONAPAM (2013), nuestro país ocupa el segundo lugar en toda América, respecto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad.

Según datos del instituto Nacional de Estadística y Censos, citados por CONAPAM (2013), el porcentaje de la población adulta mayor respecto a la población total para los siguientes años fue: en 1960 un 3.5%, en 1985 un 4.6%, en el 2008 un 6.2% y para el 2035 se estima que llegará a un 15.9%; lo cual indica que el incremento de la población adulta mayor será en unos pocos años el doble de lo que tenemos en la actualidad.

Lo anterior está muy ligado, según CONAPAM (2013), al aumento de la expectativa de vida que pasa de ser en 1950 de 57.7 años, a 79.3 años para el 2013, esto significa un logro para la población costarricense, pero también implica un gran reto, en cuanto a la calidad de vida que se le pretenda dar a los adultos mayores, procurando que se desarrollen dentro de un envejecimiento saludable.

En este punto, es válido recordar que el concepto de envejecimiento puede tener diversos significados, dependiendo de la teoría desde la cual se estudie el fenómeno. Según la OMS (2006), algunas teorías indican que el envejecimiento es un proceso que inicia desde la concepción hasta la muerte del individuo, es decir que envejecemos todos los días de manera paulatina; mientras que otras señalan que los seres humanos experimentan un desarrollo continuo en sus áreas: física, psicológica y emocional, que llega a su máxima expresión hasta los 30 años donde se llega a la madurez plena. No obstante, estas mismas teorías indican que propiamente el período de la adultez mayor, es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento

en el que la persona fallece, además se caracteriza por ser una etapa de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento.

Con todo esto se puede deducir que no existe a nivel mundial un consenso claro acerca de cuándo inicia la vejez. Pese a esto, para Costa Rica la ley integral para la persona adulta mayor (Ley no. 7935) define a una persona mayor como aquella con 65 años cumplidos o más; con la intención de garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos de su vida.

A nivel social el envejecimiento poblacional tiene y tendrá un impacto importante, sobre todo en la estructura familiar. Por ejemplo, la OPS, MINSA y CONAPAM (2004), señalan que con la edad aumenta también la probabilidad de que los adultos mayores dependan de otras personas, especialmente aquellos que forman parte de un mismo núcleo familiar. Al mismo tiempo, conservar la autonomía durante la mayor cantidad de años posible es también una meta para los adultos mayores.

Otra consecuencia probable de este proceso de envejecimiento es la viudez, que afecta sobre todo a las mujeres, según la OMS (2006), por su mayor expectativa de vida y por la tendencia que se ha dado de que los hombres suelen casarse con mujeres menores.

Este cambio de las condiciones sociales de los adultos mayores, que incluso en muchas ocasiones podría implicar una pérdida significativa en su red de apoyo, involucrando la muerte de amigos, hermanos, e incluso cónyuges; podría ocasionar un alto nivel de indefensión. Otra situación que se puede presentar bajo este panorama es el abandono; el cual podría conceptualizarse, según la OPS. MINSA y CONAPAM (2004) como una condición de soledad, aislamiento, indefensión, deterioro físico y/o mental en que se

encuentra una persona mayor que no cuenta con redes de apoyo, familiares o comunitarias, definidas estables e identificadas para brindar cuidados, ayuda instrumental, afecto, protección, seguridad material y vivienda. Todos estos se engloban como aspectos indispensables para el mantenimiento de la calidad de vida.

Lamentablemente existen muchos factores que propician el abandono de los adultos mayores por parte de sus familiares, por ejemplo, la OPS, MINSA y CONAPAM (2004), señalan que la probabilidad de que los adultos mayores reciban ayuda disminuye si sus hijos son casados y tienen desendencia, además las personas mayores en esta situación generalmente justifican a sus hijos porque consideran que efectivamente su obligación principal es atender las necesidades de su propia familia.

Según datos de estos mismos autores, esto se agrava si se considera que el 22% de los adultos mayores reportó alguna discapacidad en el censo del 2000. Este porcentaje es ligeramente mayor para los hombres (23%) que para las mujeres (21%). En este caso, la discapacidad más comúnmente reportada fue la ceguera: 37% de los adultos mayores; la siguiente más común fue la sordera, que afecta más a los hombres (22%) que a las mujeres (15%); mientras que la menor proporción de adultos mayores con alguna discapacidad reportó trastornos mentales. La prevalencia de alguna discapacidad aumenta con la edad, de un 15% a los 60 años hasta alrededor de 50% entre personas de 90 y más.

Estos autores también indican que, a edades avanzadas, los accidentes cardiovasculares son la primera causa de muerte; a estos le siguen las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer de próstata. Posteriormente, se ubican las infecciones respiratorias agudas y los accidentes; seguidamente, aparecen como causas importantes de muerte el cáncer gástrico en los hombres y la diabetes en mujeres.

Todo esto es una pena, pues las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, según la OMS (2015), el alcance de esos recursos humanos, sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de nuestra salud. De manera tal que, si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

Relacionado a lo anterior, según la OPS. MINSA y CONAPAM (2004), el envejecimiento poblacional impone retos que el país debe enfrentar: no sólo se hace necesario ejercer presión sobre los sistemas de pensiones y los servicios de salud, sino que el cambio social que debemos dar presupone, además, cambios en la estructura familiar, social y sobre todo un cambio en la cultura del país. Todo con el afán de que los adultos mayores puedan enfrentar sus padecimientos, propios de la edad, sin la necesidad de estar sometidos a situaciones de pobreza, soledad o incluso agresión.

Incluso más allá de eso, la OMS (2015), aclara que la mala salud no tiene que ser la característica predominante o limitante de las poblaciones de edad avanzada, dado que la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables.

Pese a lo anterior, esta misma organización, admite que los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que se atienden

actualmente; en muchas partes del mundo es peligroso y poco práctico que una persona mayor salga de su hogar, los cuidadores suelen no estar capacitados, y al menos una de cada diez personas adultas mayores es víctima de alguna forma de maltrato.

Lo que se propone desde las distintas instituciones encargadas de esta temática, tanto a nivel nacional como internacional, es fomentar en la población adulta mayor un “envejecimiento activo”. Dicho concepto es definido por la OMS (2002) como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. A partir de ahí se hace hincapié en la necesidad que existe de que múltiples sectores sociales se involucren, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

Esto es relevante, porque hoy más que nunca, las personas mayores contribuyen al desarrollo social, político y económico de muchas maneras, entre ellas: producción de alimentos, cuidado del hogar, trasmisión de conocimientos y la crianza de las generaciones futuras. De ahí que, según la OMS (2015), incluir a las personas adultas mayores en los procesos de desarrollo no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerza el propio desarrollo de la sociedad, al apoyar con estas contribuciones. Por otra parte, el excluir a las personas mayores de estos procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en el bienestar y en la productividad de otras generaciones.

2.2 Conceptualización de Demencia.

Antes de adentrarse a datos más de tipo epidemiológicos respecto a la demencia en adultos mayores, es conveniente describir de que se trata dicho padecimiento; el cual se podría definir, según Arango, Fernández y Ardila (2003), como un síndrome clínico caracterizado por una pérdida de habilidades cognoscitivas y emocionales, de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos. Los daños cognoscitivos que lo acompañan deben representar un decremento significativo de un nivel previo de funcionamiento y no debe presentarse exclusivamente durante el curso de un delirium.

Por otra parte, la OMS (2013), lo describe como un síndrome causado por una enfermedad cerebral, la cual es usualmente de naturaleza crónica y/o progresiva, en ella se presenta una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender, de realizar cálculos, la toma de decisiones -aunque en muchas ocasiones el conocimiento no se nubla en estadíos tempranos-. Las deficiencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se produce a causa de un gran número de condiciones que afectan primaria o secundariamente al cerebro.

Es también importante considerar que este síndrome se presenta, normalmente, como un proceso que atraviesa por una serie de etapas, según la OMS (2013), las cuales poseen características propias. Aunque estos períodos son solo pautas aproximadas, por lo que no se cumple la misma progresión en todos los casos de demencia, pueden servir de punto de

referencia al profesional que atiende estos casos. Las diferentes fases podrían describirse de la siguiente manera:

- **Fase temprana (se presenta del primer al segundo año):** Esta fase tiende a ser ignorada por los familiares y amigos (incluso por algunos profesionales), pues es vista, por la mayoría, como simples “síntomas de la vejez”. Las personas pueden volverse olvidadizas, sobretodo en su memoria de corto plazo, pueden tener dificultades para encontrar las palabras adecuadas al comunicarse, se pierden en lugares conocidos, pierden la noción del tiempo, pueden tener dificultades para tomar decisiones y realizar tareas complejas del hogar (que antes no representaban ninguna dificultad). También pueden darse alteraciones en su estado de ánimo y comportamiento, suelen mostrarse menos activos o perder el interés en sus actividades o pasatiempos, los cambios en el estado de ánimo pueden oscilar entre depresión, ansiedad y, menos usual, agresividad.

- **Fase media (se presenta del segundo al cuarto o quinto año):** Conforme avanza la enfermedad, los problemas se vuelven más obvios y limitantes. Las personas se vuelven mucho más olvidadizas (con respecto a su memoria de corto plazo y nombres de personas), pueden tener dificultades para comprender el tiempo, las fechas, lugares y eventos, podría perderse fácilmente en su hogar o en la comunidad que solía conocer, se incrementan sus dificultades para comunicarse (incluye el habla y la comprensión), pueden necesitar ayuda con su cuidado personal, son incapaces de realizar con éxito tareas comunes como cocinar, limpiar, ir de compras, entre otros; provocando que se vuelvan incapaces de vivir solos de manera segura. Los cambios comportamentales se incrementan, en esta etapa pueden deambular, gritar, aferrarse a las cosas, presentar perturbaciones del sueño, alucinaciones, demostrar comportamientos desinhibidos y/o agresivos.

• **Fase avanzada (se presenta del quinto año en adelante):** Al final de la enfermedad existe casi total dependencia e inactividad. Las alteraciones de la memoria son más serias y el lado físico de la enfermedad se torna más obvio, la persona usualmente no está al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra, tiene dificultad para comprender lo que sucede a su alrededor; no reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos; tiene dificultad para comer sin ayuda, lo mismo que para tragar, tiene una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado, puede sufrir de incontinencia renal e intestinal. Se presentan también cambios en su movilidad, en muchas ocasiones puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama. A nivel comportamental se intensifican los cambios, puede incluir agresión hacia su cuidador(a), y agitación no verbal (lo cual incluye patear, golpear, gritar o gemir).

Aunque los trastornos demenciales se han visto principalmente relacionados con alteraciones en la memoria, en realidad se ha notado que afecta cualquier dominio cognoscitivo, lo cual incluye: memoria, lenguaje, atención, orientación espacial o el pensamiento (Arango, Fernández y Ardila, 2003). Las alteraciones de conducta pueden involucrar cambios en el juicio, en la introspección y en la competencia social. De esta manera se puede afirmar que existen muchos tipos de demencia, incluso en algunas se preserva bien la memoria, tal es el caso de la frontotemporal y algunas demencias vasculares.

Como la demencia es un síndrome y no una enfermedad, es importante señalar, según los planteamientos de Arango, Fernández y Ardila (2003), que cualquier entidad que comprometa de manera difusa el sistema nervioso central (SNC) puede desencadenar una demencia, por lo que puede aparecer a cualquier edad. De hecho, se han identificado más

de 55 enfermedades -algunas no progresivas- que pueden ocasionar demencia, de ahí que se vuelve sumamente relevante establecer un diagnóstico diferencial precoz, pues muchas de esas causas son reversibles de manera potencial. De hecho, dependiendo de la etiología del trastorno y de un diagnóstico oportuno, 15% de los pacientes con demencia pueden curarse y 20% mejorarse.

En relación a lo anterior, se debe destacar que las demencias, a pesar de poder presentarse a cualquier edad, suelen afectar en mayor medida a las personas adultas mayores.

2.3 Situación epidemiológica del síndrome demencial en adultos mayores.

Según datos de la OMS (2013), la demencia es una enfermedad con una alta prevalencia en las personas adultas mayores, aunque puede presentarse a cualquier edad. En este documento, también se menciona que Centroamérica será la región con mayor incremento en su prevalencia, pasando de 180000 personas con demencia en el 2010 a un estimado de 978000 de personas en el 2050, esto representa un incremento de un 449%. Este síndrome, al ser altamente incapacitante, representa un costo económico y social importante; por ejemplo, en América implicó un gasto económico, solo en atención directa, de 235.8 billones de dólares, únicamente en el año 2010.

Estos datos son alarmantes, pues, con el cambio generacional que se gesta en el mundo, el incremento de este síndrome es evidente. Según la OMS (2013), para el 2050 más de dos mil millones de personas serán mayores de 60 años en todo el mundo, y entre las

consecuencias negativas se vislumbra un posible aumento en la prevalencia de las demencias en dicha población.

Lo anterior cobra fuerza si consideramos que, según la OPS y OMS (2013), entre 2% y 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años, es decir más del 90% de los casos de demencia se presentan en población adulta mayor. Estas instituciones también señalan que la prevalencia de esta enfermedad se duplica con cada intervalo de 5 años, después de los 65 años de edad. En 2011, se calculó que a nivel mundial 35.600 millones de personas vivían con demencia, y diversos estudios epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante. Se estima que la cifra, a nivel mundial, casi se duplicará cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050.

La OPS y la OMS (2013), también exponen que la demencia es una de las principales causas de discapacidad, solo en el 2010, el costo mundial estimado fue de \$604.000 millones de dólares estadounidenses. Esto es preocupante pues los síntomas psicológicos y del comportamiento asociados afectan profundamente la calidad de vida de las personas que sufren demencia y la de sus cuidadores.

Estas instituciones señalan distintas dificultades en el abordaje de ese síndrome, entre las cuales se encuentran el bajo nivel de conocimiento y sensibilización, lo cual contribuye a la estigmatización y al aislamiento. Un nivel bajo de comprensión crea barreras para obtener diagnósticos oportunos, lo mismo que para acceder a la atención médica y social, dando lugar a una gran brecha de tratamiento.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de la demencia y probablemente contribuye en un 60-70% de los casos, según Arango, Fernández y Ardila (2003). Otros contribuyentes principales son: la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, y un grupo de enfermedades que contribuye a la demencia frontotemporal. Es importante aclarar que los límites entre los subtipos son indistintos y a menudo pueden coexistir formas mixtas.

Datos del CONAPAM (2014), indican que hoy en día más de 44 millones de personas en todo el mundo viven con Alzheimer y se estima que este número se duplicará hacia el año 2030 y triplicará en el 2050, llegando a afectar a 135 millones de personas. Esta misma organización indica que América Latina será de las regiones más impactadas por la enfermedad, pues los casos se incrementarán de 7.8 millones hasta más de 27 millones para el año 2050. Lo cual es esperable si se considera que esta será de las regiones más afectadas por el cambio generacional que se gesta en nuestro planeta.

En el caso de Costa Rica, la asociación Alzheimer`s Disease International, citada por el CONAPAM (2014), estima que en el 2010 unas 30000 personas vivían con demencia tipo Alzheimer, lo cual se incrementará en un 433% para el año 2050, llegando a afectar a 160000 personas, lo cual representa un costo estimado de 160 millones de dólares.

2.4 Carga del cuidado, consecuencias en los cuidadores.

Cuando se habla del cuidado de personas con algún tipo de demencia, se debe tener presente que el mismo puede clasificarse en dos tipos: los profesionales y los no

profesionales. Los primeros hacen referencia, según Vázquez (2014) et al., al brindado por un profesional, institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, ya sea en el hogar de la persona en situación de dependencia o en un centro destinado a tal efecto. Estos mismos autores indican que el segundo tipo de cuidado es aquel brindado por una persona no profesional a otra que posee limitaciones en su autonomía para la ejecución de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, de modo no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, sino en virtud de una unión afectiva.

En personas con demencia, son los cuidadores no profesionales los que asumen todos los cuidados, generalmente esta función es realizada por familiares y personas cercanas. Al respecto Cerquera, Pabón y Uribe (2012) indican que la proporción de hombres cuidadores de esta población es muy baja, por lo que el cuidado recae principalmente en las mujeres y, por tanto, la carga que experimentan las cuidadoras es mayor que en los hombres.

En concordancia Libre, Guerra y Miniet, (2008), también hacen referencia al rol prioritario que poseen las mujeres en el cuidado de personas con discapacidad, aunque añaden que es muy común que el cuidado recaiga principalmente en un número limitado de personas de la familia. Inclusive es muy frecuente que la tarea sea asumida por una sola persona, quien dedica un promedio elevado de horas al día a esta función, siendo básicamente un trabajo de 24 horas, lo cual implica estar sometidos a una situación de estrés constante durante largos períodos de tiempo.

Al respecto, otros autores como Fernández y Crespo (2011), indican que los cuidadores no profesionales de ancianos están sometidos a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en su estado físico y emocional. Estos mismos autores

comentan que se han registrado dentro de este grupo, en comparación con la población general, elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, menores niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune, como consecuencia del impacto del estrés al que se someten diariamente. Además, estos mismos autores indican que, algunos estudios apuntan a que el estrés del cuidador se verá incrementado notablemente en caso de que el adulto mayor al que asista padezca algún tipo de demencia; debido a las características propias de este padecimiento.

Llibre, Guerra y Miniet (2008), señalan que el cuidado de personas con demencia produce un deterioro paulatino y creciente de sus capacidades, tanto psíquicas como físicas, necesitando de ayuda para realizar su actividad diaria, necesidad que es suplida por el cuidador. Con relación a las tareas que realiza el cuidador en la atención al paciente, es la supervisión constante la actividad que le ocupa la mayor parte del tiempo, lo que explica la gran afectación de la vida social del cuidador.

Otros autores que se refieren al tema son Posner et al. (2015), quienes indican que los cuidadores de personas con demencia están expuestos a múltiples riesgos de sufrir estrés, depresión, así como una gran cantidad de consecuencias negativas para la salud, pese a esto se han realizado pocos estudios en Latinoamérica sobre el tema. Estos mismos autores en su estudio pudieron identificar que los síntomas de depresión son los de mayor prevalencia entre los cuidadores.

Por otra parte Cerquera, Pabón y Uribe (2012), a partir de su revisión determinaron que los cuidadores de pacientes con Alzheimer suelen presentar síntomas depresivos, ansiedad, sentimientos de culpa, sentimientos de impotencia y resignación, alteraciones

del sueño, sobrecarga, alteraciones sexuales, altos niveles de estrés, bajos niveles de satisfacción con la vida, problemas laborales y legales, entre otros.

Estos mismos autores señalan que la mayoría de los cuidadores no profesionales que atienden a personas con demencias, no poseen información suficiente acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros, y su estrategia de afrontamiento era, principalmente, la búsqueda de apoyo externo. La afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Los sentimientos negativos más frecuentes que experimentan son la angustia o aflicción, la ira, el miedo y la desesperanza.

Por otra parte, Llibre, Guerra y Miniet (2008) señalan que el impacto de las demencias se expresa en múltiples esferas del individuo tanto a nivel económico, como social y familiar. Para ilustrar dicho impacto, estos mismos autores indican que en los países desarrollados, la enfermedad de Alzheimer es la tercera enfermedad en costos sociales, después de las afecciones cardíacas y el cáncer; claro que el costo mayor de esta enfermedad no se da solo a nivel económico, sino en las repercusiones directas que poseen los afectados y sus familiares, especialmente el cuidador principal.

En este sentido Cerquera, Pabón y Uribe (2012) señalan que los comportamientos disfuncionales propios de una demencia, terminan convirtiéndose en una carga para el cuidador, produciendo desgaste físico y psicológico.

Los cuidadores también se ven expuestos a afectaciones económicas, según lo indica Llibre, Guerra y Miniet, E. P. (2008), puesto que la familia ve limitados sus recursos, sufriendo un fuerte impacto; por un lado, debido a que el cuidador principal se ve obligado

a dejar el trabajo fuera de casa, para dedicarse al enfermo; y por otro, porque hay un incremento de los gastos dentro del propio cuidado del paciente, su alimentación y medicación.

Para estos mismos autores una de las tareas más difíciles para el cuidador es la comunicación con el paciente, el cual presenta trastornos de memoria, confusión de personas o nombres, etc. Esto representa una pérdida de la relación interpersonal con el enfermo quien, por su condición, progresivamente se aísla, llevando muchas veces al cuidador(a) a una soledad psíquica.

CAPÍTULO III

Problema y Objetivos.

3.1 Problema de investigación

Formulación del problema de investigación por medio de preguntas PICO:

P	Cuidadores de personas con algún tipo de demencia.
I	Intervención psicológica tradicional y de reciente aplicación
C	Intervención psicológica no presencial
O	Incremento del bienestar y disminución de sintomatología depresiva en ambas intervenciones

Figura 1: Formulación preguntas PICO, elaboración propia.

En cuidadores de personas con algún tipo de demencia ¿Qué efecto poseen las intervenciones psicológicas tradicionales, así como las de reciente aplicación en comparación con las intervenciones no presenciales, en la mejoría del bienestar subjetivo y la disminución de sintomatología depresiva?

3.2 Objetivo General.

Determinar el efecto que poseen las intervenciones psicológicas tradicionales, de reciente aplicación y las no presenciales, en la mejoría del bienestar y la reducción de sintomatología depresiva, en cuidadores de personas con algún tipo de demencia.

3.3 Objetivos Específicos.

- Identificar algunas de las intervenciones tradicionales, de reciente aplicación y no presenciales que han demostrado mejoría en el nivel de bienestar y reducción en los síntomas depresivos en cuidadores de personas con algún tipo de demencia.
- Describir el efecto que poseen las intervenciones tradicionales, de reciente aplicación y no presenciales en la mejoría de los niveles de bienestar y en la reducción de sintomatología depresiva en cuidadores de personas con algún tipo de demencia.
- Comparar el efecto que poseen las intervenciones psicológicas tradicionales, de reciente aplicación y no presenciales, en la mejoría de los niveles de bienestar y en la reducción de sintomatología depresiva en cuidadores de personas con algún tipo de demencia.

CAPÍTULO IV

Metodología.

4.1 Estrategia metodológica

Para esta investigación se plantea realizar una estrategia metodológica conocida como revisión sistemática. Esta metodología, como señala Sánchez (2010), consiste en una investigación científica con el propósito de integrar de forma objetiva y sistemática los resultados de los estudios empíricos sobre un determinado problema de investigación, para lograr obtener información actualizada, confiable y oportuna de la temática en cuestión.

Con la finalidad de conseguir esto, es necesario, siguiendo con el mismo autor, iniciar el proceso investigativo formulando con claridad una pregunta de investigación, para lo cual se utilizan métodos sistemáticos claramente especificados que permiten identificar, seleccionar y valorar las investigaciones relevantes para responder a la pregunta propuesta. De ahí la utilidad de las preguntas PICO para la formulación del problema de investigación.

Las revisiones sistemáticas tienen la ventaja -sobre otros métodos de investigación- que son capaces de generar conocimiento sobre la información científica actualizada, facilitando la síntesis de gran cantidad de datos procedentes de diversas investigaciones. Esto promueve la creación de conocimientos actualizados que pueden llegar a ser fácilmente comprendidos por la comunidad científica, tal como señalan Urra y Barria (2010).

4.2. Población y muestra

La población total de este estudio contempla todos los posibles artículos de investigación relacionados con distintas intervenciones focalizadas en la reducción del estrés y el incremento del bienestar de los cuidadores de personas con demencia, que estuvieran incluidos en las siguientes bases de datos:

- EBSCO
- Medline
- PubMed
- Cochrane

Por medio de los distintos filtros aplicados en la búsqueda se logran seleccionar como muestra 30 artículos de los primeros 12327 resultados posibles.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se utilizaron como **criterios de inclusión** los siguientes:

- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis.
- Estudios controlados y aleatorizados.
- Publicados entre el 2010 y 2017.
- Que sean escritos en idioma español o inglés.
- Estudios de tipo cualitativo o cuantitativo con acceso a texto completo.
- La temática de los artículos debe estar directamente relacionada con tratamientos tradicionales, de reciente aplicación y no presenciales que hayan sido utilizados en la reducción de sintomatología depresiva y el incremento del bienestar de cuidadores de personas con algún tipo de demencia.

Se tuvo en cuenta los siguientes **criterios de exclusión**:

- Artículos no científicos o material divulgado en otras fuentes de información como libros, capítulos de libros o conferencias, aunque la fecha de publicación cumpla con los rangos establecidos.
- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis que no sean de acceso completo.
- Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis que hayan sido publicados antes del 2010.
- Estudios que no trabajen directamente con cuidadores.
- Trabajos que no tengan como objetivo reducir la sintomatología depresiva o incrementar el bienestar subjetivo de los cuidadores.
- Propuestas de investigaciones que todavía no se hayan llevado a cabo.

4.4 Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados

En el presente trabajo se planteó realizar la búsqueda de información utilizando cuatro distintas bases de datos científicas: EBSCO, Medline, PubMed y Cochrane. Para las búsquedas se utilizaron las siguientes palabras claves para artículos en español: cuidador, cuidador informal, familiar, tratamiento, intervención, terapia, individual, grupo, no presencial y demencia. Por otra parte, para las búsquedas de artículos en inglés se utilizaron las correspondientes traducciones de dichas palabras: Caregiver, informal caregiver, family, treatment, therapy, individual, group, brief, no presential and dementia.

La búsqueda se realizó en tres distintas etapas durante los meses de julio y agosto del año 2017. En la primera etapa se utilizaron combinaciones diferentes de los criterios de búsqueda ya indicados en las cuatro bases de datos: EBSCO, Medline, PubMed y Cochrane. La primera búsqueda arrojó 12327 posibles resultados, de los cuales 10079 fueron búsquedas repetidas, a los 2248 estudios restantes se le aplicaron los distintos criterios de inclusión, a partir de este proceso se obtuvieron 154 posibles objetos de estudio.

Durante la segunda etapa, se realizó otro filtro mediante la lectura completa de los títulos de los 154 posibles artículos, de dicho filtraje se descartaron 50 debido a que su temática no estaba relacionada, de manera directa, con el abordaje terapéutico a cuidadores.

De la segunda etapa quedaron 104 estudios a los cuales, durante una tercera etapa, se les efectuó otro filtro mediante la lectura de los resúmenes de cada una de las investigaciones. Se descartó todo aquel trabajo en el que no se implementará algún tipo de intervención psicológica convencional, de reciente aplicación o no presencial que tuviese por objetivo reducir la sintomatología depresiva, tampoco fueron utilizados aquellos artículos elaborados como una propuesta de intervención, o en los cuales el objetivo no fuese disminuir la depresión e incrementar el bienestar subjetivo de los cuidadores. Al final de este tercer filtro, solo 30 artículos cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se ilustran las etapas de búsqueda mediante un diagrama de flujo.

Diagrama de Flujo de Referencias

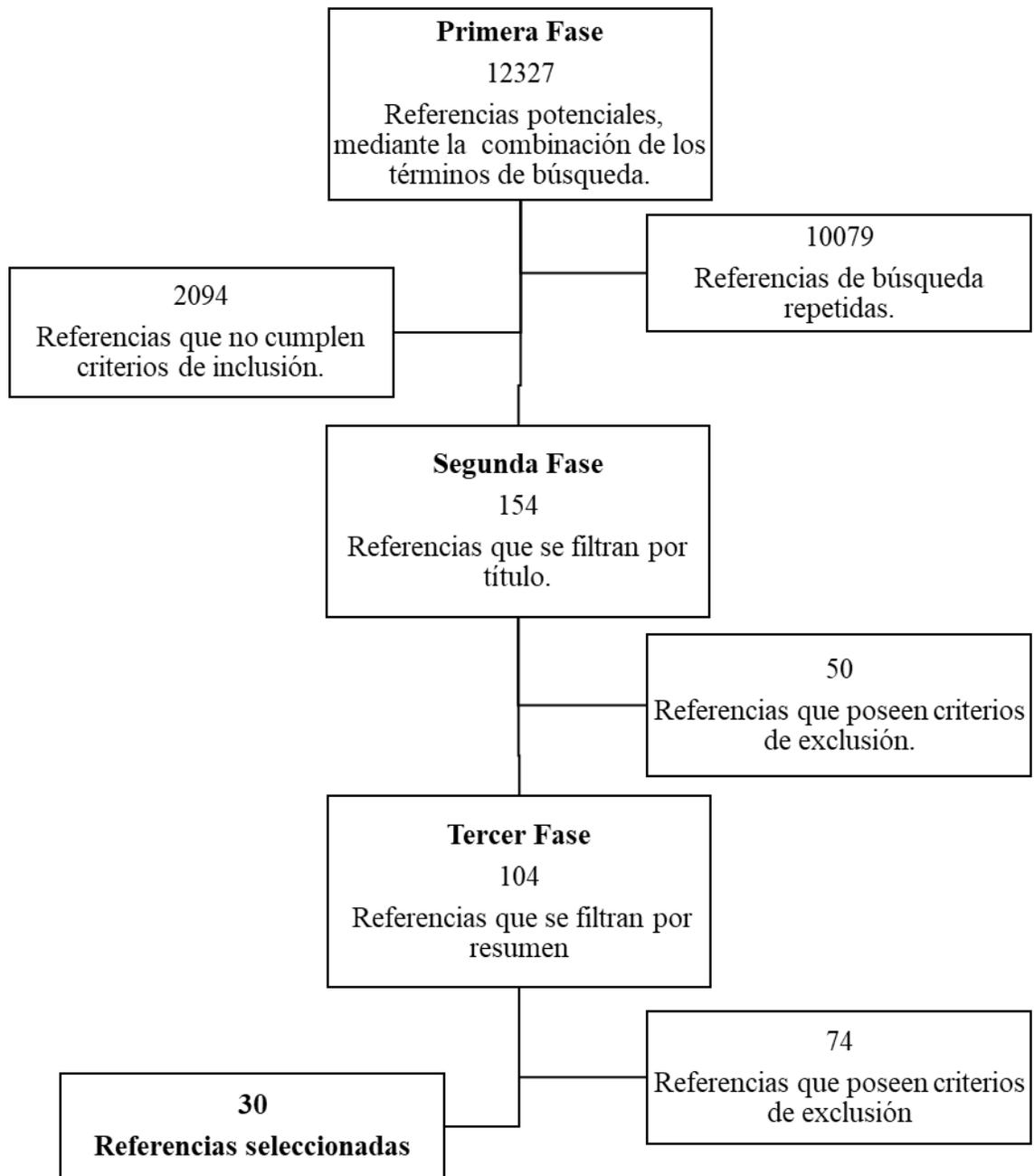


Figura 2: Diagrama de flujo de referencias. Elaboración propia.

CAPÍTULO V

Resultados.

5.1 Resultados Generales.

Para la elaboración de la revisión sistemática se realizaron 3 filtros, ya explicados en el apartado anterior. Por medio de este proceso se logró identificar 30 artículos que cumplen tanto con los criterios de inclusión, como de exclusión. En la siguiente tabla (*Tabla 1. Artículos seleccionados*) se expone mediante el título, autor y año de publicación las investigaciones finalmente seleccionadas:

Tabla 1. Artículos seleccionados.		
Nombre Artículo	Autores	Año
Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis	Vázquez, Blanco, Hermida, Otero, Torres y Díaz	2015
Evaluación de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia.	Andrade	2010
Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA.	Cerquera, Pabón, Poches y Lorenzo	2017
Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia.	Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz y González	2014
Intervenciones online para cuidadores de personas con demencia: revisión sistemática.	Parra, Soto, Perea, Franco u Muñoz	2017
Un Programa Breve Basado en la Solución de Problemas para la Prevención de la Depresión en Cuidadores Informales de Pacientes con Demencia: Un Estudio Piloto.	Vázquez, Otero, Blanco y Torres	2010
Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis	Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero y Blanco, V.	2014
Effects of the 'Happy Together' integrated cognitive behavior program on elderly people with dementia being cared for at home in rural areas.	Jo y Song	2016
Helping carers to care: the 10/66 Dementia Research Group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru.	Guerra, Ferri, Fonseca, Banerjee y Prince,	2011
The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial.	Orrell, et al.	2017

Cognitive--Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers With Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial.	Losada, Márquez, Romero, Mausbach, López, Fernández y Nogales	2015
Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease.	Aboulafia, Suchecki, Gouveia, Nitrini y Ptak	2014
Does a Family Meetings Intervention Prevent Depression and Anxiety in Family Caregivers of Dementia Patients? A Randomized Trial.	Joling, Van, Smit, Van der Horst, Scheltens, Van de Ven, Mittelman, y Van Hout,	2012
Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial.	Blom, Bosmans, Cuijpers, Zarit, y Pot,	2013
Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: Results of a preliminary study.	Gallagher, Wang, Liu, Cheung, Peng, China y Thompson	2010
Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia.	Chen, Huang, Yeh, Huang, y Chen	2015
Efficacy of Cognitive Behavior Therapy among Caregivers of Dementia: An Outcome Study.	Ali y Bokharey	2015
Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers.	Oken, Fonareva, Haas, Wahbeh, Lane, Zajdel, y Amen	2010
Telephone-Based, Cognitive-Behavioral Therapy for African American Dementia Caregivers With Depression: Initial Findings.	Glueckauf, et al.	2012
A randomized pilot trial of a telephone-based collaborative care management program for caregivers of individuals with dementia.	Mavandadi, Wright, Graydon, Oslin, y Wray	2017
Effectiveness and cost-effectiveness of an in-home respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: design of a comparative study.	Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghe, y Annemans	2016
A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers.	Steffen y Gant	2016
A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial.	Cristancho, Wrobel, Cantegreil, Dub, Rouquette y Rigaud	2015

Behavioral activation for dementia caregivers: scheduling pleasant events and enhancing communications.	Au, et al.	2015
Effectiveness of a fotonovela for reducing depression and stress in Latino dementia family caregivers.	Gallagher, et al.	2015
General practice based psychosocial interventions for supporting carers of people with dementia or stroke: a systematic review.	Greenwood, Pelone, y Hassenkamp	2016
Process evaluation of a multicomponent dyadic intervention study with exercise and support for people with dementia and their family caregivers.	Prick, Lange, Van 't Leven y Pot	2014
The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review.	Huis in het Veld, Verkaik, Mistiaen, Van Meijel, y Francke,	2015
Transcendental Meditation for the improvement of health and wellbeing in community-dwelling dementia caregivers [TRANSCENDENT]: a randomised wait-list controlled trial.	Leach, Francis y Ziaian	2015
UnderstAID, an ICT Platform to Help Informal Caregivers of People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study.	Núñez, et al.	2016

Fuente: Elaboración propia

De los artículos seleccionados, el 23.3% fueron producciones elaboradas en el idioma español, mientras que 76.7% estuvieron escritas en idioma inglés. Es de destacar que el 20% de los estudios fueron revisiones sistemáticas, mientras que el 80% fueron estudios de tipo cuasiexperimental, dentro de este último grupo se utilizaban evaluaciones tanto al inicio como al final de la intervención para determinar los cambios obtenidos a partir del proceso.

Del total de la muestra, un 23.3% se compone de estudios que integraron intervenciones tradicionales para cumplir el objetivo de incrementar el bienestar subjetivo y reducir los síntomas depresivos de los cuidadores. Por otra parte, el 26.7% fueron investigaciones en las que se implementaron intervenciones de reciente aplicación. Finalmente, el 30% correspondieron a intervenciones no presenciales.

Para lograr una mayor comprensión de los resultados, se decidió analizar en un apartado distinto las investigaciones procedentes de revisiones sistemáticas. De la misma manera, en diferentes secciones se expondrán los resultados de los estudios donde se implementan estrategias tradicionales, terapias de reciente aplicación e intervenciones no presenciales.

5.2 Resultados de revisiones sistemáticas.

A continuación, en la *Tabla 2*, se presentan los resultados más relevantes de las revisiones sistemáticas seleccionadas:

Tabla 2. Resultados de revisiones sistemáticas				
Autores/ Año	Cantidad de estudios/ Tipo de intervención/ Número de sesiones	Enfoque de intervenciones	Variables trabajadas	Resultados
Vázquez, Blanco, Hermida, Otero, Torres & Díaz. (2015)	N=11 T= Individuales (45.5%), Grupales, (45.5%), Diadas F-P (9%) #S= >8	*Multicomponente CC. (45.5%) *Entrenamiento en habilidades sociales (36.3%). *Psicoeducación (18.2%)	*Depresión *Ansiedad *Calidad de vida	* Todas las intervenciones tuvieron efecto positivo en los usuarios. * Las que obtuvieron mejores resultados fueron: T. Multicomponente CC y Entrenamiento en solución de problemas * Se aplican a px con síntomas depresivos pero que todavía no habían desarrollado un trastorno depresivo mayor * Tenían como objetivo principal la depresión, pero incluyen otras variables. *Intervenciones aplicadas principalmente en mujeres.

Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz & González (2014)	N=35 T= Individuales (45,7%), Mixtas (54.3%). #S= >16	* Grupos de apoyo (5,7%). *Counseling (25.7%) *Psicoeducación (68.6%)	*Sobrecarga *Depresión *Ansiedad	*51,4% presentó resultados estadísticamente significativos, sin embargo se logra ver una mejoría en todos los estudios. *Resultados más favorables se dan en la psicoeducación. *No se recomiendan programas intensos (gran cantidad de sesiones). * Debido a la alta heterogeneidad de formatos de aplicación y a la disparidad de resultados, resulta difícil identificar posibles factores moduladores de la eficacia. *Las intervenciones mixtas, podrían ser una opción adecuada. *La clave de la eficacia radica en la participación activa de los asistentes.
Parra, Soto, Perea, Franco & Muñoz (2017)	N=7 T= Intervención no presencial (100%) #S= <12 semanas, donde varían la cantidad de sesiones semanales de 7 a 1.	*Psicoeducación (100%)	*Estrés *Carga del cuidador *Síntomas depresivos *Ansiedad, *Autoeficacia, *Competencias *Uso servicios de salud *Estado de salud	*Los estudios indican una mejoría significativa tras la intervención psicoeducativa, en las áreas de ansiedad y depresión. *Las intervenciones online constituyen una estrategia prometedora *Estas intervenciones son muy variadas: sitio web con apoyo en varios aspectos de los cuidados, sitio web con estrategias de cuidados adicionales, sitio web con una combinación de trabajo individual y apoyo de profesional sanitario, sitio web con intercambios de experiencias con otros cuidadores en línea, y sitio web donde se incluía chat o vídeo. * Los programas que permiten un contacto directo o indirecto con otros cuidadores dan lugar a efectos positivos en el aumento de la percepción de autoeficacia y la disminución del estrés, la depresión y la carga del cuidador.

				<p>*La existencia de un profesional de referencia que apoye la intervención online, también parece favorecer el que se alcancen los objetivos de la intervención.</p> <p>*Es importante mejorar las propuestas de investigación para en esta línea a fin de proporcionar mayor evidencia.</p>
Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero & Blanco (2014)	<p>N=13</p> <p>T= Individuales (30.8%), Grupales, (23%), Mixtos (46.2%)</p> <p>#S= 8-16</p>	<p>Intervención CC (69.2%)</p> <p>Psicoeducación (15.4%)</p> <p>Intervenciones mixtas (15.4%)</p>	<p>*Depresión</p> <p>*Ansiedad</p> <p>*Calidad de vida</p>	<p>*Aunque la mayoría de las intervenciones obtuvieron resultados positivos en la reducción de la sintomatología depresiva, en general, sus efectos fueron moderados.</p> <p>*La mayoría de los cuidadores fueron mujeres con una edad media entre los 50 y los 60 años.</p> <p>*Los resultados son confusos en cuanto al mantenimiento de las mejoras a través del tiempo.</p> <p>*La mayoría de esas intervenciones fueron de corte cognitivo-conductual.</p>
Greenwood, Pelone y Hassenkamp (2016)	<p>N=4</p> <p>T= Mixtos (75%), Diadas F-P (25%)</p> <p>#S= 8-16</p>	<p>*Multicomponente CC. (50%)</p> <p>*Psicoeducación (25%)</p> <p>*Intervención Comunitaria (25%)</p>	<p>*Carga del cuidador</p> <p>*Calidad de vida</p> <p>*Depresión</p> <p>*Ansiedad</p>	<p>*Cuidadores fueron en su mayoría de sexo femenino con una edad media de entre 61 y 72 años.</p> <p>*Este tipo de intervenciones generan bienestar en los cuidadores, al mejorar estado psicológico, carga emocional y los síntomas depresivos.</p> <p>*Intervenciones pueden mejorar el bienestar y la salud mental mediante el reforzamiento de la capacidad que tienen los cuidadores para hacer frente a las manifestaciones conductuales de la enfermedad y sus pensamientos disfuncionales sobre la prestación de cuidados.</p> <p>*Las intervenciones comunitarias resultan útiles</p>

				para aliviar la carga de los cuidadores.
Huis in het Veld, Verkaik, Mistiaen,, van Meijel, y Francke, A. L. (2015).	N=10 T= Mixtas (60%), Diadas F-P (40%) #S= 8-16	*Apoyo de autogestión (100%)	*Depresión *Carga del cuidador. *Bienestar Psicológico.	*Existe evidencia científica que señala la efectividad de las intervenciones de apoyo auto-gestión profesional en la mejoría del bienestar psicológico de los cuidadores informales de personas con demencia. *Dentro de estas intervenciones los grupos de apoyo parecen ser de gran ayuda para aliviar la sintomatología de estrés. *Se necesita mayor nivel de sistematización en las investigaciones para determinar la eficacia de los tratamientos.

Fuente: Elaboración propia.

Las revisiones sistemáticas contempladas para este estudio abordan y comparan distintos tipos de intervenciones, todas ellas dirigidas a cuidadores de personas con algún tipo de demencia. Entre las estrategias más analizadas en los estudios se encuentran: psicoeducación, la cual estuvo presente en el 66.7% (4 investigaciones) de este tipo de trabajos; y las terapias multicomponentes fueron las estrategias que ocupan el segundo lugar de frecuencia con un 33.3% (2 investigaciones).

Por otra parte, también se consideraron otros tipos de terapias dentro del análisis de las revisiones sistemáticas, tales como: *counseling* (consejería), entrenamiento en habilidades sociales, apoyo de autogestión, intervención comunitaria, terapia cognitivo-conductual y terapias mixtas; cada una con un 16.7% (1 investigación).

Es válido señalar que cada revisión sistemática analizaba de uno a tres tipos de intervenciones diferentes, observando los resultados de cada una y en algunos casos comparando la eficacia entre tratamientos.

Las revisiones trabajaron con muestras que van de 4 a 35 investigaciones, donde se busca modificar en cada caso más de 3 variables, las cuales fueron: depresión (83.3%), carga del cuidador (66.7%), ansiedad (50%), calidad de vida (33.3%), bienestar psicológico (16.7%), estrés (16.7%), autoeficacia (16.7%), competencia (16.7%), uso de servicios de salud (16.7%) y estado de salud (16.7%).

Entre los principales resultados que comparten todas las revisiones sistemáticas, se encuentra el hecho de que los estudios realizados bajo esta temática poseen metodologías heterogéneas por lo que es difícil llegar a comparar la eficacia que ofrece cada una de las intervenciones. Por otra parte, se identifica con claridad que la mayor cantidad de los participantes en los estudios fueron mujeres entre 40 y 60 años.

También es evidente que cada una de las intervenciones posee resultados beneficiosos para los cuidadores de personas con demencia. Aunque dicho beneficio -en algunos casos- no fue clínicamente significativo, cualitativamente los autores reportan una mejoría en los participantes gracias a las intervenciones implementadas.

5.3 Resultados de intervenciones tradicionales.

A lo largo del documento, cuando se habla de intervenciones tradicionales se hace referencia a la terapia cognitivo-conductual y la psicoeducación, llamados así por tratarse de procedimientos muy conocidos, con una base teórica sólida y que han sido ampliamente utilizados en el trabajo con cuidadores. La *Tabla 3* resume los resultados más relevantes según las investigaciones seleccionadas:

Tabla 3. Resultados de intervenciones tradicionales.

Autores	Metodología	Resultados
Andrade	<p>Objetivo: Mostrar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativo en un grupo de cuidadores informales de adultos mayores con demencia.</p> <p>Tipo de Intervención: Preexperimento, Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Psicoeducación 10 sesiones grupales 45-60 min. (Información de demencia, manejo de hábitos de vida del enfermo, soporte a cuidadores).</p> <p>Variables: *Socioeconómicas, *Psicológicas.</p> <p>Muestra: 16 cuidadores (9 mujeres, 7 hombres, 11 de 40 a 59 años y 5 mayores de 59 años).</p> <p>Medición: *Cuestionario de Caracterización del cuidador</p>	<p>*El cambio es positivo en las variables de estudio, aunque no es estadísticamente significativo.</p> <p>*La mayoría de los problemas de los cuidadores se relacionó con la falta de tiempo para el autocuidado.</p> <p>*A mayor apoyo psicosocial recibido, menos sobrecarga en los cuidadores.</p> <p>*La problemática económica repercute en la sobrecarga, pero puede solventarse con apoyo de otros familiares y redes institucionales.</p> <p>*Se debe abordar conflictiva familiar que se da producto de la situación, la cual genera sentimientos de tristeza, miedo e ira.</p>
Guerra, Ferri, Fonseca, Banerjee y Prince,	<p>Objetivo: Implementar el programa "Helping cares to care" en las personas de edad avanzada con demencia y sus cuidadores.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo controlado aleatorizado, con grupo control. Pretest- Postest (seguimiento a los 6 meses)</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa "Helping cares to care", programa psicoeducativo, 5 sesiones grupales, 30 min.</p> <p>Variables: *Calidad de vida del cuidador *Angustia psicológica, *Carga del cuidador *Depresión</p> <p>Muestra: 58 cuidadores (29 grupo control y 29 grupo experimental)</p> <p>Medición: *The Zarit Burden Interview (ZBI), *The Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ 20), *The brief form of the Neuropsychiatry Inventory (NPI-Q).</p>	<p>* Los cuidadores en el grupo de intervención informaron medidas significativamente menores de tensión seis meses después de la intervención en comparación con los controles.</p> <p>*No se encontraron diferencias de grupo con respecto a la angustia psicológica de los cuidadores y a la calidad de vida tanto en los cuidadores como en los pacientes.</p>
Cerquera, Pabón, Poches y Lorenzo	<p>Objetivo: Implementación del programa PRICA (Programa de intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer) para observar los cambios presentados en los sujetos después de haber participado en el mismo.</p> <p>Tipo de Intervención: Estudio experimental transversal descriptivo comparativo. Pretest- Postest</p> <p>Tipo de Tratamiento:</p>	<p>*Disminución considerable de la sintomatología depresiva.</p> <p>*Incremento de la percepción de apoyo emocional.</p> <p>*Disminución considerable de la carga del cuidado, aunque no se observa diferencia en cuanto a la resiliencia.</p> <p>*Se dan variaciones en las estrategias de: búsqueda de apoyo social, evitación emocional,</p>

	<p>Programa Estructurado PIRCA (Cognitivo-Conductual, fomenta la resiliencia), 10 sesiones grupales, 90 min.</p> <p>Variables: *Resiliencia *Carga del cuidador *Depresión *Estrategias de afrontamiento.</p> <p>Muestra: 10 cuidadores (9 mujeres, 1 hombre, entre 55 y 80 años)</p> <p>Medición: *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, *Escala de carga del cuidador Zarit, Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), *Cuestionario MOS de apoyo social.</p>	<p>expresión de la dificultad, y evitación cognitiva.</p> <p>*El programa permitió identificar aquellas problemáticas que les resultaban más complejas de abordar y darles solución en los momentos oportunos.</p>
Jo y Song	<p>Objetivo: Implementar el programa “Happy Together” en las personas de edad avanzada con demencia y sus cuidadores.</p> <p>Tipo de Intervención: Estudio cuasi experimental con grupo control. Pretest-Posttest</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa Happy together (Cognitivo-conductual, en el hogar). 8 sesiones en el hogar, 120 min.</p> <p>Variables: *Carga del cuidador, *Depresión</p> <p>Muestra: 46 diadas (cuidador-enfermo) (24 grupo experimental, 22 grupo control).</p> <p>Medición: *The tool developed, *The Frenchay Activities Index, * Zarit Burden Interview, *The Life Satisfaction Index–A.</p>	<p>*El programa produjo cambios positivos en las actividades instrumentales de vida diaria en personas de edad avanzada con demencia, aliviando la carga de los cuidadores familiares.</p> <p>*La vida diaria está estrechamente relacionada con la carga de los cuidadores de personas con demencia.</p>
Vázquez, Otero, Blanco y Torres	<p>Objetivo: Evaluar la viabilidad de un programa de intervención breve basado en la Terapia de Solución de Problemas para prevenir la depresión en los cuidadores informales de personas con demencia que presenten sintomatología depresiva.</p> <p>Tipo de Intervención: Estudio experimental transversal descriptivo comparativo. Pretest-Posttest (seguimiento a las 12 semanas).</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa breve basado en Solución de Problemas (Cognitivo-Conductual) 5 sesiones grupales 90 min.</p> <p>Variables: *Depresión, *Carga del cuidador, *Estrategias para la solución de conflicto.</p> <p>Muestra: 13 cuidadores (10 mujeres, 3 hombres, entre 43 y 80 años)</p> <p>Medición:</p>	<p>*Los cuidadores informales mostraron una menor puntuación en sintomatología depresiva, en el posttest y seguimiento.</p> <p>*Disminución significativa del riesgo de presentar depresión clínica.</p> <p>*Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en los estilos impulsivo y evitativo.</p> <p>*Los aspectos de la solución de problemas más beneficiados por el programa de intervención fueron la orientación negativa hacia el problema. los estilos impulsivo y evitativo como modo de afrontamiento; ambos se vieron disminuidos, así como los procesos de toma de decisiones, de implementación y verificación de la</p>

	<p>*Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV), *Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSIR), *Escala de Ajuste Social (SAS-M) * Entrevista de sobrecarga del cuidador (CBI).</p>	<p>solución, que se vieron aumentados. *Se hallaron también mejorías significativas en el ajuste social y la sobrecarga experimentada por los cuidadores tras la intervención y el seguimiento.</p>
Aboulaflia, Suchecki, Gouveia, Nitrini y Ptak	<p>Objetivo: Comparar los efectos de una terapia de grupo cognitivo-conductual (TCC) con los de un programa de grupo de psicoeducación, utilizando la secreción de cortisol en cuidadores de pacientes E.A.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo Clínico Aleatorizado, dos tipos de tratamientos. Pretest-postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Grupo cognitivo-conductual, 8 sesiones 90 min. Vs Grupo psicoeducativo, 8 sesiones 60 min.</p> <p>Variables: *Estrés *Cortisol *Síntomas neuropsiquiátricos</p> <p>Muestra: 35 (18 GPE, 17 GCC)</p> <p>Medición: *Cortisol en saliva, *Perceived Stress Scale (PSS), *Zarit Burden Interview, Beck Depression Inventory (BDI), *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S, STAI-T), *Portable Functional Assessment Questionnaire (Pfeffer scale). Behave-AD</p>	<p>*Sólo en el grupo de TCC los niveles de cortisol en saliva disminuyen significativamente después de la intervención. *La psicoeducación para los cuidadores puede contribuir a la reducción de los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con EA, mientras que la TCC atenúa las respuestas psicofisiológicas a las situaciones estresantes en los cuidadores, al reducir los niveles diurnos de cortisol. *Es importante incluir además del elemento psicoeducativo, otros aspectos que tengan relación con los cambios que poseen la dinámica familiar y el autocuidado, involucrando a otros familiares en el cuidado y fortaleciendo los vínculos afectivos.</p>
Ali y Bokhary	<p>Objetivo: Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de la carga del cuidador y la ira, así como en la mejoría de la salud física y mental entre los cuidadores de pacientes con demencia de tipo Alzheimer en la cultura paquistaní.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico no aleatorio entre sujetos. Pretest-postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Terapia cognitivo conductual individual. 10 sesiones, durante 8 semanas,</p> <p>Variables: *Carga del cuidador *Ira *Salud física</p> <p>Muestra: 8 (hombre y mujeres de 40 a 75 años Pakistani)</p> <p>Medición: *Burden Assessment Scale (BAS), *Health General Questionnaire-28 (GHQ-28), *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2)</p>	<p>*Intervención terapéutica redujo significativamente la carga subjetiva y objetiva percibida por el cuidador, la ira, y la salud física y mental. *Se evidencia la eficacia de una intervención multicomponente estructurada sobre la base de los problemas comunes que enfrentan los participantes (tales como: el nivel de carga, bajo apoyo social, y las actividades de la vida diaria). *Los resultados de este estudio señalan la necesidad de diseñar una intervención terapéutica específica para los cuidadores de pacientes con demencia y otras enfermedades psiquiátricas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se puede observar, todas las investigaciones seleccionadas utilizan metodologías cuasiexperimentales, en su mayoría con grupo control (71.4%), mientras que la minoría realiza un análisis entre sujetos (28.6%). Por otra parte, el 57.1% de los estudios incluyen investigaciones donde se evaluaron únicamente programas psicoeducativos, mientras que el 42.9% son estudios que abarcaron de manera exclusiva los resultados relacionados con terapia cognitivo-conductual o comparando su eficacia con otros tipos de tratamiento, principalmente de corte psicoeducativos.

La mayor cantidad de los estudios evaluaron tratamientos llevados a cabo bajo una metodología grupal (71.4%), mientras que la minoría fueron intervenciones individuales (14.3%) o comunitarias (14.3%). Se trabajó con muestras que iban de 8 a 58 participantes con una media de 27. En las evaluaciones pretest-postest se aplicaron de 1 a 5 instrumentos distintos para determinar los cambios a partir de la intervención, con una media de 3.

En cada una de las investigaciones se analizaron más de dos variables, entre las que destacaron “calidad de vida del cuidador” (71.4%) y “depresión” 42.8%, el resto de las variables fueron heterogéneas.

5.4 Resultados de intervenciones de reciente aplicación.

A continuación, se presentan los resultados más relevantes de las investigaciones que involucran intervenciones de reciente aplicación, presentadas en la *Tabla 4*:

Tabla 4. Resultados de intervenciones de reciente aplicación		
Autores	Metodología	Resultados
Orrell, et al.	<p>Objetivo: Implementar un programa de estimulación cognitiva e identificar si logra mejorar la cognición y la calidad de vida de las personas con demencia, así como la salud física y mental de los cuidadores.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado con simple siego. Pretest-Postest (seguimiento 26 semanas)</p> <p>Tipo de Tratamiento: Terapia de Estimulación Cognitiva, 75 sesiones en el hogar, 30 min, durante 13 semanas.</p> <p>Variables: *Calidad de vida del cuidador *Calidad de vida del paciente con demencia</p> <p>Muestra: 356 diada (cuidador- enfermo)</p> <p>Medición: *Quality of Life Alzheimer Disease Scale (QoL-AD), *Neuropsychiatric Inventory (NPI), *Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS), *Geriatric Depression Scale (GDS-15), *Quality of the Carer-Patient Relationship Scale (QCPR), *Clinical Dementia Rating Scale (CDR), *Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS], *European Quality of Life±5 Dimensions [EQ-5D], *Resilience Scale [RS-14].</p>	<p>*Se trabajó con temáticas y actividades diseñadas para ser mentalmente estimulantes y agradables, tanto para el paciente como para su cuidador.</p> <p>*Hubo un cambio en la cognición en los participantes, así como en la percepción de calidad de vida y el estado general de salud de las personas con EA.</p> <p>*Mejoría en la calidad de la relación entre los pacientes con EA y sus cuidadores.</p> <p>*Aumento de la calidad de vida de los cuidadores.</p> <p>*Los pacientes con EA sometidos al tratamiento reportan una mejor percepción y satisfacción con sus cuidadores.</p> <p>*Una de las limitaciones del estudio incluye una baja adherencia a la intervención.</p>
Losada, Márquez, Romero, Mausbach, López, Fernández y Nogales	<p>Objetivo: Identificar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en comparación a la Terapia Cognitivo-Conductual para cuidadores de personas con demencia.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo aleatorizado con 2 grupo tratamiento y un grupo control. Pretest- Postest (seguimiento a 6 meses).</p> <p>Tipo de Tratamiento: Terapia de Aceptación y Compromiso vs Terapia Cognitivo conductual. 8 sesiones individuales semanales, 90 min.</p> <p>Variables:</p>	<p>*Ambas intervenciones mostraron efectos significativos en la reducción de sintomatología depresiva en comparación con el grupo control. Aunque el efecto se mantiene en el tiempo solo en la terapia cognitiva conductual.</p> <p>*Los participantes de la terapia de aceptación y compromiso mostraron menor nivel de ansiedad que aquellos participantes en la terapia cognitivo conductuales y los del grupo control, ambos sin efecto en el seguimiento.</p>

	<p>*Depresión *Ansiedad *Tiempo de ocio.</p> <p>Muestra: 135 cuidadores (TCC n=42, TAC n=45, Control n=48)</p> <p>Medición: *Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia, *Disruptive Behaviors subscale of the Revised Memory and Behavior Problems Checklist, *The CES-D, *The Tension-Anxiety subscale from the Profile of Mood States, *Leisure Time Satisfaction scale, *The Experiential Avoidance in Caregiving, *The Dysfunctional Thoughts About Caregiving Questionnaire.</p>	<p>*En el postest, el 23,33% de los participantes de la TCC, el 36,36% de los participantes de la TAC y el 6,45% en el GC mostraron un cambio clínicamente significativo.</p> <p>*En el seguimiento, se recuperaron el 26,32% en la TCC, el 36% en TAC y el 13,64% en GC.</p> <p>*Cambios significativos en la postest se encontraron en el ocio y pensamientos disfuncionales en tanto TAC y TCC, con cambios en la evitación experiencial sólo para TAC.</p>
Joling, Van, Smit, Van der Horst, Scheltens, Van de Ven, Mittelman, y Van Hout,	<p>Objetivo: Examinar los efectos preventivos de las reuniones familiares para los cuidadores primarios de pacientes con demencia en la comunidad.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado, 2 tipos de tratamiento (Reuniones familiares o atención habitual). Pretest-Postest</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa Reuniones familiares. 2 sesiones individuales y 4 reuniones grupales de 75 min., cada 2 o 3 meses durante un año.</p> <p>Variables: *Depresión *Ansiedad *Carga del cuidador *Calidad de vida</p> <p>Muestra: 192 cuidadores primarios</p> <p>Medición: *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), *Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), *Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety subscale (HADS-A), *Caregiver Reaction Assessment (CRA).</p>	<p>*Un número sustancial de cuidadores (37,5%) desarrollaron un trastorno depresivo o ansiedad en 12 meses.</p> <p>*La intervención con reuniones familiares no fue superior a la atención habitual ni en la reducción del riesgo de aparición del trastorno o en la reducción del índice depresivo o síntomas de ansiedad.</p> <p>*La intervención no redujo la carga del cuidador ni su calidad de vida relacionada con la salud.</p> <p>*La investigación adicional debe determinar si esta intervención podría ser más beneficiosa al proporcionar una dosis más concentrada, cuando se aplica con fines terapéuticos o dirigido a subgrupos de cuidadores.</p>
Chen, Huang, Yeh, Huang, y Chen	<p>Objetivo: Desarrollar un programa de intervención para fortalecer las estrategias de afrontamiento e investigar si el programa es capaz de mejorar las estrategias de supervivencia y, posteriormente, reducir la carga del cuidador.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico controlado aleatorizado, con grupo control. Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa fortalecer estrategias de afrontamiento, 6 sesiones grupales durante 3 meses.</p> <p>Variables: *Carga del cuidador, *Estrés</p>	<p>* Los participantes del grupo experimental reportan una disminución de la carga</p> <p>*La intervención psicosocial puede ayudar a los cuidadores a adoptar estrategias de afrontamiento más enfocadas en el problema y el apoyo social, beneficiosas en términos de reducir la carga del cuidador.</p> <p>*Los estilos de afrontamiento generales parecen ser un importante elemento que puede determinar la carga percibida por los cuidadores.</p> <p>*Las intervenciones implementadas permitieron al cuidador hacer frente a la realidad mediante la gestión de</p>

	<p>Muestra: 46 cuidadores (mayoría mujeres de edades superior a los 50 años, orientales)</p> <p>Medición: *Revised Memory and Behavior Problems Checklist, *Caregiver Burden Inventory (CBI), *Revised Ways of Coping Checklist (WCCL-R)</p>	<p>consecuencias inaceptables y haciendo un esfuerzo para construir una situación más tolerable en relación con la prestación de cuidados para la demencia.</p>
Oken, Fonareva, Haas, Wahbeh, Lane, Zajdel, y Amen	<p>Objetivo: Evaluar si una intervención de meditación Mindfulness puede ser eficaz en cuidadores de parientes cercanos con demencia, comparado con la psicoeducación.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico experimental aleatorio, dos grupos de tratamiento (Mindfulness, psicoeducación) y otro control.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual basa en Mindfulness, 7 sesiones, semanales de 90 min.</p> <p>Variables: *Carga del cuidador * Estrés *Depresión *Autoestima.</p> <p>Muestra: 31 (hombre y mujeres entre 45 y 85 años)</p> <p>Medición: *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), *Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC), *Attentional Network Test (ANT), *Prueba de cortisol en saliva.</p>	<p>*Correlaciones significativas entre la atención plena y el estado de ánimo auto-evaluado, así como las puntuaciones de estrés.</p> <p>*Tanto las intervenciones de atención plena como las de educación disminuyeron el estrés y aumentaron la autoestima del cuidador.</p> <p>* La mayoría de las medidas de resultado secundarias no revelaron efectos significativos de la intervención. Sin embargo, hubo un efecto sugestivo de la intervención en dos de las medidas cognitivas que fueron utilizados debido a su sensibilidad a la disfunción ejecutiva secundaria al estrés y la depresión.</p> <p>* La atención plena no se vio afectada por la intervención, pese a que la atención se correlacionó con las escalas de estrés y depresión.</p>
Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghey Annemans	<p>Objetivo: Implementar un programa de cuidado de relevo en el hogar para brindar apoyo a los cuidadores no profesionales, al mismo tiempo evaluar la efectividad coste beneficio del mismo</p> <p>Tipo de Intervención: Estudio experimental, con grupo control. Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Cuido de relevo en el hogar. Una persona de apoyo capacitado (también llamado “baluchonneuse” o “baluchonneur”) toma su lugar hasta por 2 semanas para dar descanso al cuidador.</p> <p>Variables: *Carga del cuidador *Calidad de vida de cuidadores *Actividades de vida diaria.</p> <p>Muestra: 124 cuidadores informales y las personas con demencia.</p> <p>Medición: *Zarit Burden Interview (ZBI), *EQ-5D-5 L., *Revised Memory and Behavior</p>	<p>*Se observan cambios significativos en cuanto la mejora de la carga del cuidador, así como en su calidad de vida.</p> <p>*Es frecuente que los problemas de comportamiento de las personas con demencia incrementen la intención de institucionalizar al paciente. Por lo que el cuido de relevo ofrece una alternativa.</p> <p>*El ensayo demuestra diferencia en los resultados entre ambos grupos, los análisis de costo-efectividad dentro del ensayo y modelados se llevarán a cabo en un plan de evaluación económica independiente para evaluar la posible relación costo-efectividad del programa de cuidado de relevo en el hogar, en comparación con el grupo de control, ofreciendo resultados favorables.</p> <p>*Los análisis basados en modelos de costo-efectividad permitirán</p>

	Problems Checklist (RMBPC), *Dementia instrument (RUD), *Desire To Institutionalize scale (DTI), *Global Deterioration Scale (GDS),	extrapolar los efectos en un horizonte temporal más largo que la duración del ensayo.
Prick, Lange, Van 't Leven y Pot	<p>Objetivo: Implementar una intervención de ejercicios y apoyo para reducir los síntomas depresivos de las personas con demencia y sus cuidadores</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico controlado aleatorizado, con ciego. Pretest-Postest (seguimiento a los 6 meses)</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención multicomponente diádica con ejercicio y apoyo (30 min. 3 días a la semana, ejercicio moderado, al día para pacientes con demencia y sus cuidadores, además se les enseña a los cuidadores como manejar problemas de comportamiento y psicoeducación, se realizan 12 visitas al hogar)</p> <p>Variables: *Depresión *Ansiedad *Carga del cuidador *Calidad de vida</p> <p>Muestra: 146 diadas cuidadores-pacientes</p> <p>Medición: Entrevista semiestructurada,</p>	<p>* La mayoría de los participantes entrevistados indicaron experimentar algunos beneficios de los ejercicios: la mayoría de las personas con demencia y casi todos los cuidadores indicaron sensaciones agradables y estados de ánimo positivos.</p> <p>*Los cuidadores indicaron que el método del entrenador era personal, positivo, estimulante y con paciencia para la persona con demencia.</p> <p>*Los cuidadores no mencionan los beneficios específicos de la formación en comunicación pues ya estaban familiarizados con estas habilidades. Lo mismo sucede en cuanto a la psicoeducación: aproximadamente la mitad de los cuidadores entrevistados mencionó que ya estaban familiarizados con la información educativa proporcionada por el entrenador</p> <p>*Aunque la mayoría de las personas con demencia y sus cuidadores experimentaron beneficios de ambos componentes de la intervención (ejercicio y apoyo), con altas tasas de asistencia a las ocho visitas a domicilio, el desgaste de la tarea fue modesto.</p>
Leach, Francis y Ziaian	<p>Objetivo: Determinar si la meditación trascendental puede mejorar el estrés psicológico, calidad de vida, y afectar el rendimiento cognitivo en los cuidadores de demencia.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado, con grupo control. Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa de Meditación Trascendental (12 semanas grupales, 14 horas).</p> <p>Variables: *Estrés *Calidad de vida *Autoeficacia *Funciones cognitivas.</p> <p>Muestra: 36 cuidadores</p> <p>Medición: *Health-related quality of life (HR-QoL), *Quality of Life 8-dimension (AQoL-8D), *WebNeuro test battery.</p>	<p>*Disminución importante en estrés y depresión, así como una mejoría en algunas funciones cognitivas como la velocidad del procesamiento de la información.</p> <p>*El presente estudio demostró que tanto el control de meditación trascendental y de la lista de espera mejoró significativamente el estrés.</p> <p>*No parece haber diferencia significativa en cuanto a la autoeficacia.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Se considera como intervención de reciente aplicación, todo aquel tratamiento fundamentado en terapias recientes o intervenciones multicomponente, que de manera cuasi-experimental pretenda identificar su efectividad. Entre las intervenciones utilizadas se encuentran los siguientes tipos de terapia: estimulación cognitiva, aceptación y compromiso, reuniones familiares, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, mindfulness, multicomponente (ejercicio y apoyo), cuidado de relevo y meditación trascendental. Estos tratamientos en algunos casos fueron investigados de manera individual; mientras que en otros fueron comparados con intervenciones tales como: terapia cognitivo-conductual, psicoeducación y la ausencia de tratamiento.

El tipo de investigación más utilizado en este caso fue el ensayo clínico aleatorizado (87.5%), no obstante, hubo un estudio de corte experimental (12.5%). Las variables más utilizadas fueron: calidad de vida del cuidador y carga del cuidador (62.5% cada una). A estas le siguen otras con menor frecuencia, tal es el caso de: depresión, ansiedad y estrés (37.5% cada una). Por otra parte, las variables menos estudiadas fueron: autoeficacia, calidad de vida del paciente con demencia, autoestima, funcionamiento cognitivo y actividades de vida diaria (12.5% cada una). Es válido señalar que cada uno de los estudios valora más de una variable.

Los tipos de intervención más comunes son las dirigidas al hogar y las grupales (37.5%), mientras que las intervenciones de tipo individual o mixtas son menos frecuentes (12.5% cada una). La cantidad de sesiones tuvo variaciones importantes, con un número de sesiones que osciló entre 6 a 75 sesiones, con una media de 17,6. También se observa una variación importante en cuanto a la muestra utilizada por los distintos estudios, estas abarcan un rango de 31 a 356 personas, con una media de 133.2.

De la misma manera, hubo gran variabilidad en cuanto a la forma de evaluar los resultados obtenidos en las investigaciones, se utilizaron como mínimo 3 y máximo 9 distintos instrumentos de evaluación, con una media de 4.6.

5.5 Resultados de intervenciones no presenciales.

En la *Tabla 5*, se presentan los resultados más relevantes de las investigaciones que estudian las intervenciones de tipo no presencial:

Tabla 5. Resultados de intervenciones no presenciales.		
Autores	Metodología	Resultados
Blom, Bosmans, Cuijpers, Zarit, y Pot.	<p>Objetivo: Evaluar la eficacia y rentabilidad de un programa de una intervención por internet para cuidadores de personas con demencia.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorio, con grupo control. Pretest-postes (2 seguimientos a los 3 y 6 meses)</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención por internet, 8 sesiones y 1 de refuerzo, durante 6 meses, guiada por psicólogos, (incluye psicoeducación, terapia cognitiva conductual, la terapia de resolución de problemas, relajación y asertividad).</p> <p>Variables: *Depresión *Angustia psicológica. *Ansiedad *Sobrecarga del cuidador</p> <p>Muestra: 175 cuidadores</p> <p>Medición: *Centre for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D), *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), *Self Perceived Pressure from Informal Care scale (SPPIC), *Revised Memory and Behavioral Problem Checklist (RMBPC), *The Mastery Scale (TMS), *Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ), *Revised Memory and Behavioral Problem Checklist (RMBPC), *Questionnaires on Costs Associated with Psychiatric Illness (TIC-P),</p>	<p>*El efecto potencial de la intervención de Internet puede actuar de inmediato, ayudar a las personas a mantener el autocuidado y evitar que desarrollen (más) problemas de salud. El programa es muy estructurado y deja poco espacio para que el terapeuta pueda adaptarlo en la práctica.</p> <p>*Se espera que los participantes tengan un alto nivel de educación.</p> <p>*Fue bastante común la deserción del estudio.</p> <p>*La principal ventaja de la administración basada en web es la integridad y la fiabilidad de los datos (no hay valores que faltan, no hay errores de entrada de datos). Otras ventajas son la flexibilidad de tiempo para los cuidadores y bajos costos.</p>

Gallagher, Wang, Liu, Cheung, Peng, China y Thompson	<p>Objetivo: Desarrollar una intervención dirigida a mejorar las estrategias de afrontamiento mediante el empleo de un DV de entrenamiento, así como examinar su efectividad en la reducción de la carga del cuidador.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo controlado aleatorio, con 2 tipos de tratamiento (Psicoeducación y psicoeducación más TCC). Pretest-Postes</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa de entrenamiento DV fundamentado en psicoeducación. El programa se imparte a lo largo de 12 semanas, incluye un DVD, un libro de trabajo e instrucciones.</p> <p>Variables: *Carga del cuidador * Estrés *Depresión</p> <p>Muestra: 70 cuidadores orientales</p> <p>Medición: *The Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D), *Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC).</p>	<p>*Ninguna de las intervenciones afectó de forma significativa el nivel de síntomas depresivos.</p> <p>*El efecto positivo fue mayor y los comportamientos de los pacientes fueron evaluados como menos estresantes e incómodos para los cuidadores con el programa de capacitación fundamentado en las teorías del comportamiento cognitivo.</p> <p>* Los cuidadores estaban satisfechos con el programa fundamentado en las teorías del comportamiento cognitivo en general, y reportaron mayor capacidad para brindar atención de manera más efectiva.</p>
Glueckauf, et al.	<p>Objetivo: Discutir los hallazgos iniciales de un ensayo clínico aleatorizado que compara los efectos de la terapia cognitivo-conductual telefónica y cara a cara (TF) sobre los cambios en la carga del cuidador, el apoyo de asistencia, la depresión y estado de salud para afroamericanos</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado. Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Terapia telefónica Cognitivo Conductual (12 sesiones, 1 hora semanal) vs Terapia Cognitivo Conductual Presencial (9 sesiones, 3 meses)</p> <p>Variables: *Depresión *Ansiedad *Carga del cuidador *Calidad de Vida</p> <p>Muestra: 14 cuidadores</p> <p>Medición: *Subjective Burden subscale of the Caregiver Appraisal Inventory, *Assistance Support subscale of the Interpersonal Support Evaluation List, *Physical Symptoms subscale of the Caregiver Health, *Health Behavior Inventory and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.</p>	<p>*Se encontraron mejoras significativas en todas las medidas, tanto en terapia vía telefónica como en la terapia cognitivo conductual presencial.</p> <p>*Se encontraron tamaños de efectos moderados y similares para la carga subjetiva del cuidador y el apoyo de asistencia tanto para los grupos telefónicos como los presenciales.</p> <p>*Los tamaños del efecto para los síntomas físicos y la depresión variaron de bajo a moderado, respectivamente, con una tendencia hacia mejoras más pequeñas en la terapia cara a cara que en la telefónica.</p> <p>*El análisis cualitativo destacó la percepción de cuidadores sobre los ingredientes activos del tratamiento y proporcionó apoyo indirecto para ganancias similares en el funcionamiento emocional y psicosocial a través de las dos modalidades de tratamiento.</p> <p>*Tanto la TCC telefónica como la cara a cara mostraron mejoras en la depresión, carga subjetiva y apoyo asistencial en pacientes con demencia.</p>

Mavandadi, Wright, Graydon, Oslin, y Wray	<p>Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa piloto de gestión de atención colaborativa accesible, vía telefónica tanto a pacientes con demencia como para sus cuidadores</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado, con grupo control. Pretest-Postest (seguimiento a los 3 y 6 meses).</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención telefónica, psicoeducación sobre el cuidado diario. (mínimo 1 contacto, durante 3 meses) Lo desarrolla enfermería.</p> <p>Variabes: *Carga del cuidador *Angustia del cuidador</p> <p>Muestra: 75 cuidadores.</p> <p>Medición: *Behavior Problems Checklist (RMBPC), *The Katz Basic Activities of Daily Living (ADL), *Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL), *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q).</p>	<p>*Los cuidadores que recibieron tratamiento de atención reportaron reducciones significativamente mayores en la angustia debido a los síntomas relacionados con la demencia y neuropsiquiátricos, al ser comparados con el grupo control.</p> <p>*Los cuidadores indicaron mejoras significativamente mayores en su capacidad para hacer frente a sus tareas de cuidado.</p> <p>*No se encontraron diferencias significativas en la carga del cuidador o en la gravedad de los síntomas relacionados con la demencia a través del tiempo.</p> <p>*Los hallazgos sugieren que los cuidadores pueden beneficiarse de un programa de administración de atención telefónica.</p>
Steffen y Gant	<p>Objetivo: Examinar el impacto diferencial de dos programas de telesalud para las mujeres que cuidan a un adulto mayor con un trastorno neurocognitivo.</p> <p>Tipo de Intervención: Diseño único, ciego aleatorizado y controlado. Pretest-Postest</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programas de telesalud en entrenamiento conductual. 10 videos de 30 min, 1 libro, 10 llamadas semanales, 2 llamadas de mantenimiento</p> <p>Variabes: *Depresión *Carga cuidador, *Calidad de vida</p> <p>Muestra: 74 cuidadoras.</p> <p>Medición: *The Index of Independence in Activities of Daily Living Scale, *Revised Memory and Behavior Problem Checklist (RMBPC), *The BDI-II, *Negative Affect Scale, *Multiple Affect Adjective Check List-Revised (MAACL-R) Anxiety and Hostility subscales.</p>	<p>*En el grupo de tratamiento se redujeron los síntomas depresivos, trastornos del comportamiento y estados de ánimo negativos. Esta reducción fue estadísticamente más baja en la condición de coaching conductual que en la educación básica y condición de apoyo.</p> <p>*Los análisis confiables del índice del cambio para las puntuaciones del inventario II de la depresión de Beck favorecieron la condición coaching conductual.</p> <p>*Las puntuaciones de autoeficacia de la atención para obtener respiro y para manejar los trastornos del comportamiento del paciente fueron significativamente mayores en la condición de coaching.</p> <p>*Los tamaños del efecto fueron moderados, pero no se mantuvieron en el seguimiento de 6 meses.</p> <p>*Las habilidades de los cuidadores para mantener el uso de la estrategia durante trastornos progresivos como la enfermedad de Alzheimer probablemente requieran un contacto de intervención más largo que el proporcionado en el estudio.</p> <p>*Los cuidadores de demencia, incluyendo aquellos que viven en áreas rurales, pueden beneficiarse de</p>

		intervenciones accesibles y empíricamente apoyadas que pueden ser fácilmente diseminadas, incluso a distancias largas a un costo modesto.
Cristancho, Wrobel, Cantegreil, Dub, Rouquette y Rigaud	<p>Objetivo: Evaluar a través de un ensayo controlado aleatorio piloto la eficacia y aceptabilidad de un programa psicoeducativo basado en la Web para cuidadores informales de personas con Alzheimer (PWAD) basado en un diseño de investigación de métodos mixtos</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado, con grupo control. Pretest-Postest (seguimiento a los 6 meses)</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención psicoeducativa vía Web DIAPASON, basado en el enfoque cognitivo. 12 sesiones en línea durante 3 meses.</p> <p>Variables: *Estrés *Autoeficacia * Carga del cuidador *Estado de salud percibido *Depresión</p> <p>Muestra: 49 cuidadores.</p> <p>Medición: *Perceived Stress Scale, Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCS), *Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC), *Zarit Burden Interview, *The Beck Depression Inventory (BDI-II), *Nottingham Health Profile (NHP)</p>	<p>*No se encontraron diferencias significativas en cuanto a estrés autopercebido entre los grupos experimental y control.</p> <p>*El grupo experimental mejoró significativamente su conocimiento de la enfermedad desde el inicio hasta el mes 3.</p> <p>*De los 25 participantes asignados al grupo experimental, 17 (71%) terminaron el protocolo y fueron vistos por lo menos 10 de 12 sesiones en línea.</p> <p>*Los cuestionarios de satisfacción mostraron que la mayoría de los participantes consideraron que el programa era útil (95%), claro (100%) e integral (85%).</p> <p>*Se encontraron correlaciones significativas entre la relación y la opinión de los cuidadores (P = 0,01).</p> <p>*Los cuidadores esperaban un contenido más dinámico y una mayor interacción con el personal y los compañeros.</p> <p>*Los resultados cualitativos indicaron poca aceptación del programa y altas expectativas de los cuidadores. Los cuidadores no descartaron su interés en este tipo de intervención bajo la condición de satisfacer sus necesidades.</p> <p>*Se desean intervenciones más dinámicas, personalizadas y sociales.</p>
Au, et al.	<p>Objetivo: Comprobar si la psicoeducación entregada por teléfono combinada con un módulo de activación conductual mejorada (BA) tenía un mejor efecto sobre el bienestar de los cuidadores de Alzheimer que la psicoeducación sola.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico aleatorizado longitudinal de 4 meses. Pretest-Postest.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Programa de Psicoeducación vía telefónica y Activación Conductual. (4 semanas de psicoeducación, durante 4 meses 8 llamadas de activación conductual enfocadas en la programación agradable de eventos y para mejorar la comunicación</p> <p>Variables:</p>	<p>*Comparado con el grupo control, los síntomas depresivos disminuyeron significativamente. Se encuentra que este tipo de intervención es útil para incrementar el estado de ánimo y mejorar las relaciones.</p> <p>*A partir de ejercicios de auto-monitoreo, los participantes pueden identificar sus actividades preferidas y patrones de comunicación, así como reflexionar sobre obstáculos o barreras para llevar a cabo estas actividades, e identificar medios para resolver estos problemas.</p> <p>*Existe una creciente evidencia de que los efectos de la tensión emocional de los cuidadores pueden</p>

	<p>*Estrés *Carga del cuidador *Depresión</p> <p>Muestra: 59 cuidadores</p> <p>Medición: *Epidemiologic Studies Depressive Scale (CES-D), *Relationship Assessment Scale (RAS)</p>	<p>tener un efecto significativo en la sintomatología depresiva en cuidadores.</p> <p>*Se evidencia el potencial de la activación conductual como una intervención de baja intensidad para los cuidadores.</p> <p>*Creciente tendencia a fusionar las intervenciones basadas en la evidencia con los recursos ofrecidos por profesionales basados en la comunidad, que pueden proporcionar apoyo práctico y emocional.</p> <p>*Los resultados también sugieren que los procedimientos de activación conductual podrían administrarse eficazmente pesar de un contacto telefónico, con la ayuda de personas debidamente capacitadas.</p>
<p>Gallagher, et al.</p>	<p>Objetivo: Evaluar la efectividad de una fotonovela diseñada específicamente para enfocarse en la necesidad de educación sobre el cuidado, mientras que al mismo tiempo ilustra (de una manera culturalmente apropiada) formas constructivas de hacer frente a diversas situaciones estresantes que enfrentan los cuidadores Latinos.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo clínico, aleatorizado, grupo control. Pretest-postest</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención fotonovela (psicoeducativa, 16 intervenciones, durante 4 meses), comparada con psicoeducación habitual</p> <p>Variables: *Depresión *Carga cuidador, *Calidad de vida</p> <p>Muestra: 147 cuidadores latinos (la mayoría mujeres entre 35 y 60 años)</p> <p>Medición: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), *Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC), *Monthly Call Questions.</p>	<p>*Estos resultados sugieren que una FN puede reducir el nivel de síntomas depresivos en los cuidadores latinos mediante la ilustración de habilidades de afrontamiento y factores de estrés inherentes al cuidado familiar.</p> <p>* Disminución significativa en el nivel de síntomas depresivos, al compararlos con la psicoeducación habitual.</p> <p>*Los cuidadores de la FNC hicieron referencia al folleto con más frecuencia que los del grupo control; e informaron que el FN era más útil.</p> <p>*La reacción a problemas de comportamiento no fue diferente entre los dos grupos. El FN puede ser una herramienta particularmente eficaz para latinos dadas sus altas necesidades insatisfechas de asistencia, bajo nivel de alfabetización de la salud, y otras barreras al acceso de recursos.</p> <p>*Los participantes en ambas condiciones informaron que eran menos reactivos a los comportamientos problemáticos evidenciados por sus receptores de atención.</p> <p>*Estos resultados son de interés, ya que sugieren que los cuidadores latinos pueden beneficiarse de diferentes tipos de información sobre el cuidado de la salud.</p> <p>*Ambas intervenciones ayudaron a los cuidadores a comprender mejor</p>

Núñez, et al.	<p>Objetivo: Poner a prueba las especificaciones técnicas y pedagógicas de understAID, para evaluar la satisfacción de los cuidadores con la aplicación, y el impacto sobre el estado psicológico de los participantes.</p> <p>Tipo de Intervención: Ensayo piloto controlado aleatorio. Pretest-Postes.</p> <p>Tipo de Tratamiento: Intervención Web psicoeducativa mediante la plataforma understAID. (5 módulos con 15 temas distintos, durante 3 meses).</p> <p>Variables: *Depresión *Satisfacción con el programa *Estrés *Carga del cuidador.</p> <p>Muestra: 103 cuidadores (la mayor parte mujeres)</p> <p>Medición: *Cuestionario técnico (sobre plataforma), *Cuestionario Pedagógico (sobre contenidos), *Cuestionario de satisfacción, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), *Caregiver Competence Scale (CCS), *Revised Caregiving Satisfaction Scale (RCSS).</p>	<p>su situación, llevando a una experiencia de menor reacción al estrés en ambos grupos.</p> <p>*Todos los cuidadores que participaron en el estudio estaban sufriendo altos niveles de sobrecarga.</p> <p>*La mayoría de los cuidadores no encontraron completamente útil la información recibida.</p> <p>*Conocer las peculiaridades de la enfermedad de la demencia podría ayudar a los cuidadores a aumentar su empatía por la relación, ver la enfermedad desde el punto de vista del paciente, lo que les ayuda a proporcionar una mejor atención.</p> <p>*El uso de la aplicación afecta positivamente a los cuidadores mediante la reducción de su sintomatología depresiva.</p> <p>*No se observaron cambios en sus sentimientos acerca de la competencia y la satisfacción de cuidadores, pero esto es coherente con la experiencia en el cuidado, medida en cantidad de años al servicio del paciente.</p> <p>*La mitad de los participantes que completaron la intervención, evaluaron positivamente la aplicación con respecto a las especificaciones técnicas y pedagógicas.</p>
---------------	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Se consideraron como intervenciones de tipo no presencial aquellas en las cuales se utilizó alguna herramienta tecnológica para mediar el proceso terapéutico. La mayoría de estos estudios se desarrollaron utilizando la metodología de ensayo clínico aleatorizado (88.9%), mientras que solo un estudio aplicó una metodología distinta conocida como ciego aleatorizado y controlado (11.1%).

Los tratamientos mayormente implementados fueron las intervenciones psicoeducativas vía plataformas web (33.1%), no obstante, también fueron comunes los procesos psicoeducativos vía telefónica (22.1). Otras propuestas interesantes que

planteaban los estudios fueron: terapia telefónica cognitivo-conductual, entrenamiento mediante DVD, fotonovelas y programas de telesalud, cada una presente en el 11.1% de las investigaciones. Es común que los resultados obtenidos sean contrastados con procedimientos como: psicoeducación, terapia cognitivo-conductual presencial y ausencia de tratamiento.

Cada uno de los trabajos analizó los cambios producidos con la intervención en más de 2 variables, entre las que destacan: depresión y carga del cuidador (100%), estrés y calidad de vida (44.4%) y otras menos frecuentes como lo son la angustia psicológica, ansiedad, autoeficacia, estado de salud percibido y satisfacción con la intervención (11.1%).

Las investigaciones presentaron alta variabilidad en las muestras, las cuales van desde 14 hasta 175 participantes, con una media de 85.1. También hubo variación en cuanto a la cantidad de sesiones: entre 8 y 16, con una media y moda de 12; el tiempo en que se realizó el proceso se extendió de 3 a 6 meses, con una media de 3.5 y una moda de 3. Se utilizaron además de 2 a 8 instrumentos distintos, con una media de 4.2, para evaluar los cambios que manifestaban los participantes.

CAPÍTULO VI

Discusión.

6.1 Discusión

En el presente trabajo se realizó una revisión sistemática donde se contemplaron distintas investigaciones, en las cuales se estudiaban una gran diversidad de tratamientos, aplicando metodologías diversas. Precisamente uno de los primeros hallazgos fue la gran diversidad de estudios que existen, esto implica por un lado que no se ha desarrollado hasta la actualidad un esquema de trabajo definido e integrador para el abordaje de cuidadores de personas con demencia. Por otro lado, este hecho indica que al día de hoy existe gran interés en cuanto a la temática, por lo que cada vez son más las iniciativas de distintos investigadores al tratar de encontrar abordajes que resulten ser eficaces para la población de cuidadores de personas con demencia.

Evidentemente la heterogeneidad antes descrita hace difícil la labor de comparar los resultados entre investigaciones, ya que en cada una se utilizaron variables, metodologías e instrumentos de medición distintos. Pese a esto, en el presente trabajo se trató de subdividir las investigaciones en cuatro distintos criterios de análisis, los cuales fueron expuestos en el apartado de resultados. En otras palabras se analizaron, de manera individual, los estudios que utilizaron como metodología las revisiones sistemáticas, aquellos que aplicaban tratamientos tradicionales, las que utilizaban tratamientos de reciente aplicación y finalmente las metodologías no presenciales. No obstante, a pesar de haber realizado este análisis segmentado, en cada una de las categorías fue difícil realizar la tarea de comparar la efectividad entre tratamientos.

Otro de los hallazgos importantes del presente trabajo, es el poder caracterizar el grueso de la población cuidadora de personas con demencia. En la mayoría de los estudios se describe a los cuidadores principales como mujeres con edades que comprenden un rango que va entre 40 a 60 años. Es interesante observar las implicaciones que conlleva esto a la

problemática de estudio, debido a que, como en muchos otros fenómenos sociales, a las mujeres se les ha hecho depositarias de una labor de cuidado, además son cada vez más las personas de edad avanzada encargadas de otras personas, en este caso, también de edad avanzada y que además presentan alguna patología importante como los síndromes demenciales.

Tanto las mujeres como las personas de edades avanzadas son consideradas poblaciones vulnerables, las cuales en muchos casos son víctimas de diversos maltratos sociales, presentando -en muchas ocasiones- necesidades importantes a nivel económico y social. Precisamente por esta condición de vulnerabilidad son más propensas a presentar diversas patologías tanto físicas como emocionales, incluso podrían ser más susceptibles a la aparición del síndrome de burn-out. Tomando en cuenta esto, se vuelve cada vez más necesario el poder identificar estrategias de intervención que puedan servir como un recurso protector para evitar que, por sus funciones de cuidado, la persona cuidadora se vuelva un potencial paciente, viéndose sacrificada su calidad de vida.

Con respecto a los datos más relevantes obtenidos del análisis de las revisiones sistemáticas, se encuentra el hecho de que en la mayor parte de los estudios las intervenciones tuvieron efectos estadísticamente positivos; incluso en aquellos casos que no, se pueden observar mejorías subjetivas por parte de los cuidadores en cuanto a su calidad de vida. Estos resultados pueden reflejar la necesidad que posee esta población de atención e información respecto a los síndromes demenciales y el autocuidado que ellos mismos deben de tener. Al mismo tiempo, refleja el beneficio que pueden experimentar al recibir cualquier tipo de intervención dirigida a estas temáticas en particular.

Pese a que la mayor parte de los estudios se centraron en la sintomatología depresiva, en general, el beneficio no solo se muestra a este nivel; pues además de una disminución en la sintomatología depresiva, hay un claro incremento en la calidad de vida, así como un decremento de la sintomatología ansiosa y un aumento en la autoeficacia.

Además, sobresalen algunas recomendaciones prácticas para la aplicación de cualquier programa de intervención con cuidadores, entre ellas se la contraindicación de plantear intervenciones o programas de gran intensidad, en cuanto a número de sesiones o cantidad de horas semanales.

Lo anterior puede estar relacionado con el alto nivel de demanda al cual son expuestos los cuidadores, a razón de todas las funciones que poseen por su rol. Ante este panorama, los cuidadores podrían ver en el proceso de terapia una obligación extra, más allá de percibirlo como un recurso de apoyo.

En las revisiones sistemáticas analizadas se observa que la mayor parte de los estudios plantean intervenciones de corte cognitivo-conductual y psicoeducativas. No obstante, también se incluyeron las intervenciones grupales, las terapias online, así como las multicomponentes y las intervenciones comunitarias.

Con respecto a las intervenciones grupales y comunitarias, parece ser que poseen efectos positivos en los cuidadores, especialmente porque les permiten aliviar la carga del cuidado y ampliar su red de apoyo, esto a su vez propicia la reducción de estrés.

Por otra parte, las intervenciones online resultan eficaces debido a que optimizan los recursos invertidos, tanto en tiempo como en dinero. Pese a ello, se observa una tendencia hacia la deserción pronta de este tipo de programas, aunque los sujetos que concluyen

describen como *muy valiosos* este tipo de recursos. Para lograr resultados efectivos se recomienda implementar programas donde se permita un contacto directo o indirecto con otros cuidadores, de igual manera, los facilitadores deben ser profesionales en el área de la salud, de manera tal que estén capacitados para brindarles apoyo y seguimiento de manera periódica.

Las terapias multicomponente son de las intervenciones que mostraron mayor nivel de eficacia, esto debido al hecho de que abordan una misma problemática a través de distintos medios o estrategias. De esta manera, el trabajo se puede ver reforzado mediante la aplicación de diversos procedimientos.

Con relación a los resultados analizados en el apartado de intervenciones tradicionales, se contemplaron únicamente los estudios que median los efectos de las terapias de corte cognitivo-conductual y psicoeducación. Es importante resaltar que estos dos procedimientos fueron elegidos por ser empleados con mayor frecuencia (desde la década de los noventas) en el trabajo con cuidadores de personas con algún tipo de demencia.

En este caso particular, se evidenció que ambos tipos de abordaje producen efectos positivos en los cuidadores, no obstante, dicho efecto se produce de manera distinta. Por un lado, la psicoeducación permite capacitar en relación con temáticas importantes que los cuidadores necesitan conocer, tal es el caso del autocuidado, aspectos generales de los síndromes demenciales y el manejo adecuado con este tipo de pacientes. El contar con esa información podría mejorar la percepción que los cuidadores tienen en cuanto a su autoeficacia, y al mismo tiempo facilita una actitud más benevolente con respecto a sus propias necesidades.

Por otra parte, los procesos de terapia cognitivo-conductual trabajan de manera más focalizada en las repercusiones directas que plantean las funciones de cuidado. De esta manera, brindan contención emocional ante el malestar de los cuidadores y al mismo tiempo facilitan estrategias para el manejo de la ansiedad, el enojo, resolución de conflictos, reestructuración de ideas irracionales, activación conductual entre muchas otras que promueven la disminución de la sintomatología depresiva, ansiosa y el estrés (este cambio incluso puede apreciarse mediante mediciones objetivas de cortisol en saliva).

Las investigaciones apuntan a que las intervenciones cognitivo-conductuales y los elementos psicoeducativos pueden ir de la mano, e incluso potencializarse entre sí. Es necesario involucrar en los procesos psicoeducativos aspectos de tipo afectivos, como los posibles cambios que podrían sufrir dentro de la dinámica familiar, así como el establecimiento de vínculos afectivos entre los pacientes y el autocuidado; en otras palabras, abordar aspectos que vayan más allá de la enfermedad en sí. Además, en todo proceso de intervención deben involucrarse la mayor cantidad de familiares, no solo al cuidador principal; ya que parte importante del proceso es ampliar la red de apoyo para distribuir de manera más equitativa las tareas propias del cuidado.

Lo anterior es importante ya que los cuidadores usualmente perciben menor nivel de sobrecarga mientras más apoyo psicosocial reciben. Además de la falta de apoyo podrían existir otros factores que incrementen la carga para el cuidador, tal es el caso de los problemas económicos y los conflictos familiares, ambos característicos de este tipo de circunstancias.

Este grupo de investigaciones vuelve a resaltar la importancia elaborar intervenciones multicomponentes, estructuradas sobre las necesidades y problemáticas comunes a las cuales se ven expuestos los cuidadores, entre otras cosas debe de considerarse el alto nivel de carga, bajo apoyo social, y el manejo de actividades de la vida diaria.

En relación al tercer grupo de análisis, es decir las terapias de reciente aplicación, es de destacar la gran diversidad de estrategias innovadoras que se han venido implementando al trabajar con cuidadores. La gran mayoría de las intervenciones se ven inspiradas en las terapias de tercera generación, o en la creación de programas específicos destinados al abordaje de esta problemática.

Entre las terapias analizadas se encuentran: estimulación cognitiva, aceptación y compromiso, reuniones familiares, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, mindfulness, multicomponente (ejercicio y apoyo), cuidado de relevo y meditación trascendental.

Con relación a la estimulación cognitiva se utilizó una modalidad que involucró tanto a los pacientes con demencia, como a sus cuidadores; motivándolos a realizar, además de los ejercicios de estimulación, otras actividades que fuesen agradables para ambos. Este procedimiento tiene como resultado una mejoría en la percepción de la calidad de vida y el estado general de salud, tanto de los cuidadores como de las personas con demencia.

En cuanto a la terapia de aceptación y compromiso, se observa que la misma posee un efecto positivo al reducir de manera significativa los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores, incluso en las medidas de seguimiento.

Por otra parte, las reuniones familiares no muestran una eficacia superior al tratamiento habitual en la reducción del riesgo de aparición de trastornos afectivos, tampoco en la reducción del índice depresivo o síntomas de ansiedad, no fueron capaces de reducir la carga de los cuidadores, ni tuvo efectos en su calidad de vida. Es importante destacar que, a pesar de no observarse cambios en el estudio analizado, no deja de ser importante involucrar a la mayor cantidad de familiares en las funciones de cuidado, incluyendo en el proceso elementos vinculares y afectivos que puedan generar la motivación suficiente para alcanzar el cambio esperado.

El fortalecimiento de estrategias de afrontamiento es otro elemento a considerar, ya que, en el estudio analizado se observa que favorece la adopción de estrategias de afrontamiento más centradas en el problema y el apoyo social, lo cual resulta beneficioso en términos de reducir la carga del cuidador.

Con relación a las estrategias de *mindfulness*, se observaron resultados estadísticamente significativos en cuanto a la mejoría del estado de ánimo y la reducción del estrés. Esta terapia permite, entre otras cosas, aumentar la autoestima y el autocontrol de los cuidadores. De manera similar sucede con la meditación trascendental.

En cuanto al cuidado de relevo, resulta una estrategia útil para la reducción de la carga del cuidador y en la mejoría subjetiva de su calidad de vida. Esta estrategia permite institucionalizar en centros especializados a los pacientes con algún tipo de demencia durante períodos cortos de tiempo, mientras que los cuidadores pueden tomar ese espacio para descansar de sus funciones. Esto evita una institucionalización definitiva, así como las consecuencias nocivas de los altos niveles de estrés a los cuales se ven sometidos los cuidadores con suma frecuencia.

Como en los otros grupos de análisis, en este sobresale la efectividad de las terapias multicomponentes, en las que se incluyen, además de procesos psicoeducativos, recursos de contención y apoyo emocional, tanto a nivel individual como grupal. Además, se destaca la integración de la persona con demencia, especialmente pensando en el fortalecimiento de la vinculación cuidador-paciente. Estos programas incluso podrían incluir apoyos adicionales mediante ejercicios y actividades de estimulación física, tanto para los pacientes como para sus cuidadores, ya que esto último ha demostrado resultados positivos en la mejoría del estado de ánimo, en la disminución del estrés, en la autoeficacia y en relaciones vinculares.

Finalmente, en relación con el último grupo de análisis, es decir las terapias no presenciales, se pudo identificar gran variedad de posibilidades que incluyen llamadas telefónicas, programas online, telesalud, fotonovelas entre otros. Es de destacar que todos los tipos de intervención resultaron de gran utilidad, especialmente en el incremento de la autoeficacia y la reducción de sintomatología depresiva. Pese a su potencial, debido a que es un recurso psicoeducativo de fácil acceso y económico, este tipo de intervenciones muestra un alto nivel de deserción.

Lo anterior plantea la necesidad de establecer terapias multicomponentes, en las cuales se puedan combinar estrategias de intervención no presenciales con otras que permitan un acercamiento más directo con los cuidadores.

CAPÍTULO VII

Conclusiones y Recomendaciones.

7.1 Conclusiones

A manera de resumen, a continuación, se expondrán las principales conclusiones del presente estudio:

- Los síndromes demenciales son enfermedades de una alta prevalencia a nivel mundial y continúan incrementándose considerablemente año a año. Costa Rica

no es la excepción a este fenómeno, ya que se espera un incremento del 433% en los casos de demencia para el año 2050.

- Con el incremento de los síndromes demenciales, aumentan también la cantidad de cuidadores profesionales y no profesionales de estas personas. Según las investigaciones analizadas, quien se encarga generalmente de este rol es la población femenina de 40 a 60 años. Esto es importante, ya que tanto los adultos mayores como las mujeres pueden convertirse con facilidad en víctimas de distintos males sociales, los cuales podrían aumentar la carga que implica el cuidado.
- Los cuidadores de personas con demencia son más susceptibles que otros cuidadores de presentar alteraciones físicas y emocionales, viendo su calidad de vida afectada en gran medida. Esto los convierte en potenciales pacientes a corto y mediano plazo, lo cual implicaría un cuantioso gasto para el sistema de salud público. Precisamente la condición antes descrita hace necesario poder identificar y desarrollar estrategias de intervención que permitan prevenir estas condiciones.
- Todos los tipos de tratamiento estudiados presentan algún grado de beneficio para los cuidadores, no obstante, el mismo se manifiesta de formas variadas.
- Los procesos psicoeducativos permiten brindar información al usuario, no solo en los aspectos propiamente relacionados con las demencias, sino también para involucrar temáticas como el autocuidado, posibles cambios de la dinámica familiar, estrategias de manejo, entre otros que permiten incrementar los niveles de autoeficacia y reducir la ansiedad propia de las funciones de cuidado.
- En cuanto a los procesos de terapia basados en modelos cognitivo-conductuales, es importante destacar que a partir de los mismos se puede brindar contención

emocional. De la misma manera, estos procesos permiten brindar atención focalizada en distintas estrategias como el reconocimiento y manejo de emociones, debate de ideas irracionales y fortalecimiento de recursos de afrontamiento. Este tipo de intervención resulta útil para la reducción del malestar psicológico, y el incremento del bienestar subjetivo de los individuos.

- Otras terapias de más reciente aplicación también resultan de utilidad para reducir la sintomatología depresiva, así como para incrementar la autoeficacia y los recursos de afrontamiento; tal es el caso del *mindfulness*, la meditación trascendental y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.
- Existen otras alternativas para la reducción de la carga del cuidador, entre ellos se encuentra el cuidado de relevo, que permite institucionalizar a los pacientes con demencia durante períodos cortos. Esto, por un lado, previene institucionalizaciones definitivas, y además les permite a los cuidadores darse un respiro de sus funciones de cuidado.
- Por otra parte, existe una gran diversidad de intervenciones no presenciales, entre las que se destacan las llamadas telefónicas, telesalud, programas online, fotonovelas, entre otros.
- Estos medios pueden llegar a constituirse en un recurso de gran valor psicoeducativo y terapéutico. Al mismo tiempo permite, de manera ágil y económica, dar un seguimiento constante a los casos. Pese a estos evidentes beneficios, este tipo de tratamiento presenta altos índices de deserción.
- No se debe de olvidar el gran valor que poseen las terapias multicomponentes, ya que permite, mediante la implementación de distintas estrategias, abordar de

manera integral una problemática específica. En este caso es importante, además de integrar el componente psicoeducativo, brindar espacios de expresión y contención emocional, tanto a nivel individual como grupal. Además, resulta interesante la idea de incluir dentro de las estrategias multicomponentes, estrategias de seguimiento no presenciales, ya que podría reforzar los contenidos trabajados. Al mismo tiempo, esto permitiría que el cuidador pueda seguir trabajando a su ritmo distintas temáticas que considere necesarias para su caso específico.

- Resulta vital para cualquier proceso terapéutico el poder involucrar a la mayor cantidad de familiares posibles y no solo a los cuidadores, ya que esto implica ampliar la red del apoyo que poseen. De esta manera, se podría buscar repartir de una forma equitativa las funciones de cuidado que los pacientes con demencia requieren.
- La limitación más importante del estudio fue el no poder comparar de manera cualitativa los resultados obtenidos en las distintas intervenciones. Esto realza la importancia de establecer procedimientos estándar donde se actué sobre las mismas variables y se utilicen los mismos instrumentos de medición.

7.2 Recomendaciones

De manera puntual se señalan las recomendaciones generales para próximas investigaciones:

- Enfocar futuros estudios de investigación a propuestas desarrolladas en contextos más próximos al costarricense, especialmente aquellos proyectos gestados en latinoamérica.
- Finalmente, resultaría valioso que los resultados de esta investigación puedan emplearse en un futuro próximo para establecer un programa multicomponente que contemple las necesidades de apoyo más comunes en la población cuidadora. Al mismo tiempo, es de gran relevancia que en este tipo de programas se implementen estrategias no presenciales que permitan dar un seguimiento y reforzar los contenidos eficazmente.

CAPÍTULO VIII

Referencias.

8.1 Referencias

Aboulafia, T., Suchecki, D., Gouveia, F., Nitrini, R., & Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 18(6), 801-808.

Ali, S., & Bokharey, I. (2015). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy among Caregivers of Dementia: An Outcome Study. *Pakistan Journal Of Psychological Research*, 30(2), 249-269.

- Andrade, M. (2008). Evaluación de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Perspectivas En Psicología: Revista De Psicología Y Ciencias Afines*, 5(2), 93-100.
- Arango, J.; Fernández, S. & Ardila, A. (2003). *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. Editorial Manual Moderno, D.F., México.
- Blom, M., Bosmans, J., Cuijpers, P., Zarit, S., & Pot, A. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-7.
- Cerquera, A., Pabón, D., & Uribe, D. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología Desde El Caribe*, 29(2), 360-384.
- Chen, H., Huang, M., Yeh, Y., Huang, W., & Chen, C. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15(1), 20-25.
- Consejo Nacional de la Persona Adulto Mayor (2013). *Envejecimiento Poblacional*. CONAPAM, San José, Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2014). *Plan nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, esfuerzos compartidos 2014-2024*. Segunda Vicepresidencia de la Republica, Costa Rica.

- De los Reyes, C; Arango, J.; Rodríguez, M.; Perea, M.; & Ladera, V. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Psicología Desde El Caribe*, 29(2), 421-455.
- Fernández, V., & Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clinica Y Salud*, 22(1), 21-40.
- Gallagher, D., Wang, P., Liu, W., Cheung, V., Peng, R., China, D., & Thompson, L. (2010). Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: Results of a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 14(3), 263-273.
- Galvis, M., & Cerquera Córdoba, A. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 190-205.
- García, J.; Lara, J. & Berthier, M. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 38(4), 212-222.
- Glueckauf, R., Shuford Davis, W., Sharma, D., Hayes, J., Stutzman, M., Kazmer, M. M., & ... Noël, L. T. (2012). Telephone-Based, Cognitive-Behavioral Therapy for African American Dementia Caregivers with Depression: Initial Findings. *Rehabilitation Psychology*, 57(2), 124-139.

- Guerra, M., Ferri, C., Fonseca, M., Banerjee, S., & Prince, M. (2011). Helping carers to care: the 10/66 Dementia Research Group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 33(1), 47-54.
- Jo, H., & Song, M. (2016). Effects of the 'Happy Together' integrated cognitive behavior program on elderly people with dementia being cared for at home in rural areas. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(2), 172-174.
- Joling, K., Van Marwijk, H., Smit, F., Van der Horst, H., Scheltens, P.; Van de Ven, P., Mittelman, M. & Van Hout, H. (2012). Does a Family Meetings Intervention Prevent Depression and Anxiety in Family Caregivers of Dementia Patients? A Randomized Trial. *Plos One* 7 (1), 1-10.
- Llibre Guerra, J. C., Guerra Hernández, M. A., & Miniet, E. P. (2008). Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 24(1), 47-61.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V., & Nogales, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clinica Y Salud*, 26(1), 41-48.
- Martín, M., Ballesteros, J., Domínguez, A., Muñoz, P., & González, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas De Psiquiatria*, 42(6), 300-314

- Oken, B., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J., Zajdel, D., & Amen, A. (2010). Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2013). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ediciones de la OMS, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Ediciones de la OMS, Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud (MINSA) & Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2004) *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. OPS, San José, Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Demencia: Una prioridad de salud pública*. Editorial de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., & ... Orgeta, V. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *Plos Medicine*, 14(3), 1-22.
- Parra, E., Soto, F., Perea, M., Franco, M., & Muñoz, J. (2017). Intervenciones online para cuidadores de personas con demencia: revisión sistemática. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 45(3), 116-126.

- Paz, F., Andrade, P., & Del Pilar, Á. M. (2005). Alteraciones emocionales en cuidadores de pacientes con enfermedad neurodegenerativa. *Archivos De Neurociencias*, 1017.
- Posner, B., Sutter, M., Perrin, P. B., Ramirez Hoyos, G., Arabia Buraye, J., & Carlos Arango, J. (2015). Comparing dementia caregivers and healthy controls in mental health and health related quality of life in Cali, Colombia. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 1-26.
- Sánchez, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Revista Aula Abierta*, 38(2), 53-63.
- Urrea, E. (2010). La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(4), 1-8.
- Vázquez, F., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, Á., & Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 20(3), 173-188.
- Vázquez, F., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 46(3), 178-188.
- Vázquez, F., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, Á. (2010). Un Programa Breve Basado en la Solución de Problemas para la Prevención de la Depresión en

Cuidadores Informales de Pacientes con Demencia: Un Estudio Piloto. *Clínica Y Salud*, 21(1), 59-76.